

Christoph Rothauer

Ansätze der kundenorientierten
Unternehmensführung in einem allgemein
öffentlichen Krankenhaus

DIPLOMARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Wirtschaftswissenschaften

Mittweida, 2011

Christoph Rothauer

Ansätze der kundenorientierten
Unternehmensführung in einem allgemein
öffentlichen Krankenhaus

eingereicht als

DIPLOMARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Wirtschaftswissenschaften

Vöcklabruck, 2011

Erstprüfer: Prof. Dr. Vollert Klaus

Zweitprüfer: Prof. Dr. Stelling Johannes

Vorgelegte Arbeit wurde Verteidigt am:

Bibliographische Beschreibung:

Rothauer Christoph:

Ansätze der kundenorientierten Unternehmensführung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus. – 2010. – 93 S.

Vöcklabruck, Hochschule Mittweida, Fakultät Wirtschaftswissenschaften, Diplomarbeit, 2011

Referat:

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Erarbeitung der theoretischen Ansätze des Krankenhausmarketings und die Anwendung dieser auf das allgemein öffentliche Krankenhaus Vöcklabruck. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen die Patienten mit ihren Wünschen und Bedürfnissen. Die kontinuierliche Änderung der Umwelt schafft dabei neue Chancen und Risiken, denen sich die Krankenanstalten stellen müssen. Die Instrumente des Marketings unterstützen dabei die Handlungsentscheidungen des Managements um langfristig einen Konkurrenzvorteil generieren zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabelleverzeichnis.....	VII
1. Einführung.....	1
1.1. Einleitung.....	1
1.2. Zielsetzung der Diplomarbeit.....	2
1.3. Abgrenzung der Diplomarbeit.....	2
1.4. Vorgangsweise und Aufbau der Diplomarbeit.....	3
2. Marktorientierung im Krankenhaus.....	4
2.1. Einleitung.....	4
2.1.1. Die Bedeutung von Marketing.....	4
2.1.2. Marketing im Gesundheitswesen.....	4
2.1.3. Die Entwicklung des Gesundheitssystems.....	6
2.1.4. Allgemeiner Versorgungsauftrag.....	6
2.1.5. Die Finanzierung eines Krankenhauses.....	7
2.1.6. Rechtliche Restriktionen beim Gesundheitsmarketing.....	7
2.1.7. Entwicklung des Krankenhauses Vöcklabruck.....	8
2.1.7.1. Vision der Unternehmensleistung.....	8
2.1.7.2. Leitbild.....	9
2.2. Zielgruppen des Krankenhausmarketings.....	10
2.2.1. Patienten.....	10
2.2.2. Einweiser – zuweisende Ärzte.....	10
2.2.3. Krankenkassen.....	11
2.2.4. Politik.....	11
2.2.5. Pharmaindustrie.....	12
2.3. Der Kunde im Krankenhaus.....	13
2.4. Die Bedeutung des Konkurrenzvorteils.....	14
2.5. Patientenzufriedenheit.....	15
2.5.1. Definition der Patientenzufriedenheit.....	15
2.5.2. Die Bedeutung des zufriedenen Patienten.....	17
2.5.3. Die Erwartungshaltung der Patienten.....	19
2.5.4. Der Vergleich der Krankenanstalten.....	22
2.5.5. Methoden der Patientenzufriedenheitsmessung.....	24
2.5.5.1. Medizinische Leistung.....	28
2.5.5.2. Pflegerische Leistung.....	31
2.5.5.3. Serviceleistung.....	32
2.5.6. Der Patientenfragebogen als Messinstrument.....	34
2.5.7.1. Die Methode der Zufriedenheitsmessung.....	38
2.5.7.2. Vorgehensweise.....	38
2.5.7.3. Der Inhalt des Fragebogens.....	39
2.5.7.4. Das Frageformat und die Fragenformulierung.....	41
2.5.7.5. Die Reihenfolge der Fragestellung.....	43
2.5.7.6. Die äußere Gestaltung des Fragebogens.....	43
2.5.7.7. Auswertung der Ergebnisse.....	44
2.5.8. Beschwerdeanalyse.....	46
2.5.8.1. Beschwerdemanagement im Krankenhaus Vöcklabruck.....	48

2.5.8.2. Auswertung der Beschwerden	49
2.6. Umweltanalyse	51
2.6.1. Einteilung der Umwelt	51
2.6.2. Marktanalyse.....	52
2.6.3. Die Kunden am relevanten Markt	56
2.6.4. Marktteilnehmer – Konkurrenzanalyse	57
2.6.4.1. Definition der Hauptkonkurrenz	58
2.6.4.2. Sammlung relevanter Daten der Mitbewerber	61
2.6.4.3. Identifikation der Leistungskriterien	62
2.6.4.4. Die Bewertung der Konkurrenten.....	63
2.6.4.5. Vergleich der Stärken und Schwächen.....	64
2.6.4.6. Das Auftreten auf dem Markt bzw. die Wahrnehmung der Patienten....	65
2.6.4.7. Kennzahlenvergleich.....	65
2.7. Leistungs politik.....	66
2.7.1. Portfolioanalyse	69
2.7.1.1. Deckungsbeitrag.....	73
2.7.1.2. Engpässe	74
2.7.1.3. Demographische Entwicklung.....	74
2.7.1.4. Sozioökonomische Entwicklung.....	76
2.7.1.5. Medizinische Entwicklung	76
2.7.1.6. Vorgaben und Beschränkungen für fondfinanzierte Krankenanstalten..	77
2.7.2. Ansätze der Portfolioanalyse für das Krankenhaus	78
3. Schlussfolgerungen	79
3.1. Ergebnis	79
3.2. Maßnahmen	80
3.3. Konsequenzen	80
Literaturverzeichnis	VIII
Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit.....	XIII

Abkürzungsverzeichnis

BCG	Boston Consulting Group
CBU	Clinical Business Unit
C/D.....	Confirmation/Disconfirmation
CRM.....	Customer-Relationship-Marketing
gespag.....	Oö. Gesundheits- und Spitals AG
HAI.....	Health Action International
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
KTQ.....	Kooperation für Transparenz und Kooperation im Gesundheitswesen
LKF.....	Leistungsorientierte Krankenanstalten- finanzierung
ÖBIG.....	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖSG.....	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RSG.....	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SGE.....	Strategische Geschäftseinheit
SWOT.....	Strength Weakness Opportunities Threats
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller
WHO.....	World Health Organisation (Welthandel- sorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfrageergebnis einer Gemeinschaftspraxis	17
Abbildung 2: Leistungsabfrage über den „Spitalskompass“	23
Abbildung 3: Auszug aus dem Patientenfragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck	41
Abbildung 4: Ergebnisse der zufriedenheitsorientierten Messung	44
Abbildung 5: Weiterempfehlung und Wiederholungsbesuch	45
Abbildung 6: Beschwerdendokumentation	48
Abbildung 7: Beschwerdehäufigkeit im Krankenhaus Vöcklabruck	49
Abbildung 8: Beschwerdehäufigkeit nach Stationen	50
Abbildung 9: Korrigierte Beschwerdehäufigkeit nach Stationen	50
Abbildung 10: Versorgungsregionen	52
Abbildung 11: Patientenstromanalyse	54
Abbildung 12: Geographische Karte Oberösterreichs	59
Abbildung 13: Auszug der Top-30 DRG´s Krankenhaus Ried	61
Abbildung 14: Altersstruktur	74
Abbildung 15: Krankheiten der Zukunft	75

Tabelleverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Frageinhalte	40
Tabelle 2: Fragenformat und Fragenformulierung	42

1. Einführung

1.1. Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Marketing im Gesundheitswesen“ und der Anwendung der Marketinginstrumente auf ein allgemein öffentliches Krankenhaus. In den Mittelpunkt der Betrachtung rückt der Patient mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und deren Befriedigung. In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen der Patienten grundlegend geändert. In der Vergangenheit stellten die Ärzte die Diagnose und bestimmten über die Behandlung, doch in der Gegenwart möchte der mündige Patient über die Diagnose aufgeklärt werden und im Hinblick auf die Methode der Behandlung über ein Mitspracherecht verfügen.

Das österreichische Gesundheitswesen rangiert weltweit im Spitzenfeld angesichts der Qualität der medizinischen Leistung. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem sind durch eine ständige Steigerungsrate gekennzeichnet und betragen bereits mehr als 10 % des Bruttoinlandprodukts¹. Damit die hohe Qualität der medizinischen Leistung auch in Zukunft gewährleistet ist, werden derzeit einschneidende Strukturänderungen im Gesundheitswesen angestrebt, die teilweise auch schon realisiert worden sind².

Die Krankenanstalten sehen sich einem steigenden Erfolgsdruck ausgesetzt, da sie sich zunehmend gegenüber der Konkurrenz behaupten müssen. Dieser Trend beschränkt sich jedoch nicht nur auf den österreichischen Gesundheitsmarkt. Nach einer Analyse von Ernst&Young werden etwa 25 % der Krankenanstalten in Deutschland bis zum Jahr 2020 von der Landkarte verschwinden³. 500 der 2.000 Krankenanstalten werden dabei ihren Standort aufgeben müssen, sie werden aufgekauft oder müssen in größere Krankenanstalten eingegliedert werden.

Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen der Unternehmensführung gewinnen somit auch für die öffentlichen Krankenanstalten stetig an Bedeutung. Das

¹ Vgl. o. V. (2010),
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (16.11.2010)

² Vgl. Bruckner, H. (2009), S. 2

³ Vgl. Albrecht, M./Topfer, A. (2006), S. 5

Marketing als Teildisziplin der Betriebswirtschaftslehre mutiert dabei zu einem Instrument der Krankenhausführung, damit sich die Krankenanstalten ebenfalls in Zukunft erfolgreich am Markt positionieren können. Marketing fungiert im Gesundheitsbereich, der sich zunehmend marktwirtschaftlich und kundenorientiert entwickelt, als immer wichtigeres Führungskonzept zur Gestaltung und Steuerung der Marktbeziehungen⁴.

Aufgrund der weltweit angespannten finanzielle Lage, verursacht durch die Finanz- und Wirtschaftskrise und die stetig steigenden Ausgaben für das österreichische Gesundheitswesen, erscheint eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhäuser für eine Kostendämpfung unumgänglich.

1.2. Zielsetzung der Diplomarbeit

Die Zielsetzung dieser Diplomarbeit ist die Erarbeitung der theoretischen Marketingstrategien, aber auch die Anwendung dieser Strategien für ein allgemeines öffentliches Krankenhaus.

1.3. Abgrenzung der Diplomarbeit

Das komplette Spektrum des Marketings kann in dieser Diplomarbeit nicht berücksichtigt werden. Deshalb werden einige Teilbereiche des Krankenhausmarketings, die für die kollegiale Führung (bestehend aus der kaufmännischen-, pflege- und ärztlichen Leitung) des Krankenhauses Vöcklabruck vorrangig sind, herausgefiltert und in dieser Diplomarbeit anvisiert. Die Hauptthemen sind dabei die:

- *Messung der Kundenzufriedenheit*
- *Umweltanalyse*
- *Portfolioanalyse*

Während der Erstellung der Diplomarbeit wurden die Komplexität und der Umfang der Kundenzufriedenheitsmessung erkennbar. Daraus resultierend, wurde die Aufmerksamkeit speziell auf dieses Thema gerichtet.

⁴ Vgl. Krehyer, V. (2001), S. 3

1.4. Vorgangsweise und Aufbau der Diplomarbeit

In der Diplomarbeit werden zunächst die theoretischen Grundlagen des Krankenhausmarketings mit Schwerpunkt auf die oben genannten Hauptthemen erarbeitet. Es haben zwar zahlreiche Autoren Veröffentlichungen im Bereich des Marketings und Dienstleistungsmarketings publiziert, im Segment des Krankenhausmarketings ist jedoch nur wenig Literatur vorhanden. Speziell zur Patientenzufriedenheitsmessung gibt es kaum Veröffentlichungen, aber dennoch grassieren verschiedene Meinungen in Bezug auf die Validität der Messungen. In diesem Bereich wurden Publikationen von deutschen Krankenversicherungsanstalten, gemeinnützigen sowie staatlichen Institutionen verwendet. Neben der Diskussion der theoretischen Fundamente finden auch ein Vergleich der Theorie mit den Aktivitäten des Krankenhauses Vöcklabruck sowie die praktische Anwendung der Theorie statt.

2. Marktorientierung im Krankenhaus

2.1. Einleitung

2.1.1. Die Bedeutung von Marketing

Die moderne Interpretation des Marketings begann mit dem Übergang von Verkäufer- in Käufermärkte, bei denen ein Angebotsüberhang besteht⁵. Infolge der Globalisierung wird der Markt, auf dem das Zusammentreffen der Nachfrager und Anbieter einer Leistung zustande kommt, zunehmend größer. Für die Unternehmen resultieren daraus neue Chancen und Risiken. Die Bedürfnisse, die einen Mangel der Nachfrager darstellen, rücken dabei in den Mittelpunkt der Betrachtung und sind Ausgangspunkt der unternehmerischen Aktivität. Die marktorientierte Unternehmensführung ist daher eine wesentliche Herausforderung, der sich alle Unternehmen stellen müssen.

2.1.2. Marketing im Gesundheitswesen

In der Vergangenheit haben Krankenanstalten aufgrund des geringen Grades an Mobilität eine regionale Monopolstellung bezogen. Dieser Vorteil schwindet durch den besseren Ausbau der öffentlichen Verkehrsmittel und die steigende Anzahl der Pkws pro Einwohner zunehmend. Für die Patienten entstehen daher neue Alternativen zum regionalen Krankenhaus. Sogar Staatsgrenzen werden in Zukunft keine Hindernisse mehr bilden. Die Kommission der Europäischen Union hat bereits Bestrebungen, die freie Arztwahl auch innerhalb der Union ohne Beschränkungen zu ermöglichen⁶. Das wird und hat bereits einen neuen Wettbewerb unter den Krankenanstalten ausgelöst. Krankenhausmarketing wird dabei ein wesentlicher Teil der Unternehmensführung sein, um sich in Zukunft erfolgreich am Gesundheitsmarkt behaupten zu können. Was für Privatkliniken bereits der Alltag ist, wird auch für öffentliche Krankenanstalten, gerade in finanziell angespannten Lagen, ein immer bedeutsameres Thema. In vielen Ländern ist das Krankenhausmarketing heute schon Standard. In den Vereinigten Staaten von Amerika ist ein Krankenhaus ohne das Instrument des

⁵ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 1

⁶ Vgl. o. V. (2008), <http://www.handelsblatt.com/politik/international/eu-schickt-patienten-auf-reisen;2007332> (17.11.2010)

Marketings kaum noch vorstellbar. Krankenanstalten wie beispielsweise das „John Hopkins Hospital“ betreiben schon jahrelang Marketing, das zu einer erfolgreichen Positionierung auf dem amerikanischen Gesundheitsmarkt geführt hat.

Der aufgeklärte Patient hat heute ein erhöhtes Anspruchsverhalten und legt Wert auf Qualität der angebotenen medizinischen Leistung⁷. Die Qualität der Dienstleistung, die für den Patienten ein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt, ist im Gesundheitsbereich daher die Voraussetzung für ein erfolgreich geführtes Krankenhaus. Das Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Wurde früher der Arzt als „Halbgott in Weiß“ angesehen, verschwindet dieser Status angesichts der neuen Informationsquellen zunehmend. Wurden einst die Diagnose und die vom Arzt verschriebene Therapie ohne Widerspruch akzeptiert, wird heute nach der Krankheit „gegoogelt“, und die Therapiemöglichkeiten werden hinterfragt. Bei einer Umfrage im Jahr 2001, an der 8.000 Patienten teilnahmen, gelangte man zu dem Ergebnis, dass 74 % der Befragten bei der Entscheidung zur Therapie mitreden wollten⁸.

Jede Person, mit Ausnahme von Personen unter 18 Jahren oder entmündigte Personen, kann über ihren Körper frei bestimmen und somit auch über die Behandlung. Der Arzt liefert zwar einen Behandlungsvorschlag ab, aber diesen muss der Patient nicht befolgen. Bei der Auswahl des Arztes und bei der Auswahl der Krankenanstalt kann der Patient ebenfalls frei entscheiden. Örtliche Ferne als Barriere verschwindet stetig angesichts der steigenden Mobilität der Bevölkerung.

Vereinzelte Ansätze des Marketings findet man aber schon heute in den öffentlichen Krankenanstalten. Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit oder die Tätigkeiten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sind erste Vorboten eines umfassenden Marketingkonzeptes.

⁷ Vgl. Albrecht, M./Topfer, A. (2006), S. 184

⁸ Vgl. Baumann, B. (2010), S. 4

2.1.3. Die Entwicklung des Gesundheitssystems

Die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2008 auf 29,5 Milliarden Euro. Das waren 10,5 % des Bruttoinlandsprodukts⁹. Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens ist somit wesentlich. Der steigende Kostendruck und immer knapper werdende Budgetmittel katapultieren das Gesundheitssystem in Zukunft in eine enorme Zwangslage. Die hohe Qualität der medizinischen Leistung wird ohne weit reichende Einschnitten nicht mehr leistbar sein, da die Krankenkassen im Jahr 2010 bereits mehr als 1,1 Mrd. Euro Schulden aufweisen¹⁰.

2.1.4. Allgemeiner Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag ist ein zentrales Element des sozialen Staates. Die Aufgaben der öffentlichen Krankenhäuser sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2008) geregelt. Mit diesem Strukturplan wurden die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung vom Österreichischen Gesundheitsministerium abgesteckt. Die Detailplanung obliegt den Bundesländern, die in einem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) festgehalten ist.

Das Krankenhaus Vöcklabruck ist ein allgemein öffentliches Krankenhaus, dessen Rechtsträger die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals Aktiengesellschaft (gespag) ist, wobei das Land Oberösterreich 100 % der Aktien hält. Mit dem Krankenanstaltenverbund der gespag wird eine Nachhaltigkeit angestrebt, die diesen Versorgungsauftrag erfüllen soll.

Wegen dieses Versorgungsauftrags und der Eingliederung in einen Krankenanstaltenverbund sind nicht alle Marketinginstrumente anwendbar oder sie bedürfen weitreichender Abstimmungsarbeit mit anderen Marktteilnehmern.

⁹ Vgl. o. V. (2010),
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (16.11.2010)

¹⁰ Vgl. o. V. (2009),
<http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/kernaussagen/gesundheitswesen/allgemeines-und-begriffsbestimmung.html> (15.11.2010)

2.1.5. Die Finanzierung eines Krankenhauses

In Österreich gibt es derzeit 266 Krankenanstalten, wobei 132 von diesen Fondkrankenanstalten sind, die durch öffentliche Mittel finanziert werden¹¹. Die Fondkrankenanstalten sind sowohl öffentliche Krankenanstalten, Ordenskrankenhäuser als auch private gemeinnützige Krankenanstalten, die die Grundversorgung der österreichischen Bevölkerung sicherstellen.

Für die Fondkrankenanstalten ist in jedem Bundesland ein Landesgesundheitsfond zuständig, der aus den Beiträgen der sozialen Krankenversicherungen und Steuerbeiträgen von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert wird. Die Abrechnung der Krankenanstalten mit dem Landesgesundheitsfond erfolgt seit 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Dieses ist ein bundesweit einheitliches Abrechnungsmodell, welches auf Fallpauschalierungen beruht. Grundlage für dieses Abrechnungsmodell ist ein einheitlicher Diagnose- und Leistungsbericht, der in Österreich im Jahr 1989 nach dem Vorbild der Weltgesundheitsorganisation (WHO), „Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)“, eingeführt wurde. Somit erhält jedes Krankenhaus für jede erbrachte Leistung denselben Betrag vergütet.

2.1.6. Rechtliche Restriktionen beim Gesundheitsmarketing

Rechtliche Basis für die Krankenanstalten sind das (Bundes-) Krankenanstaltengesetz, die Landeskrankenanstaltengesetze, sowie die verbindlichen Gesundheitsstrukturpläne „Österreichischer Strukturplan Gesundheit“ und „Regionaler Strukturplan Gesundheit“. Die Instrumente des Marketings im Krankenhaus können grundsätzlich in jeder Form angewendet werden. Für das Leistungsangebot der Krankenanstalten sind jedoch die Vorgaben und Beschränkungen der Strukturpläne gegeben, die für das Marketinginstrument des Portfoliomanagements zu berücksichtigen sind. Hierbei gibt es neben den gesetzlichen aber auch ethische und moralische Beschränkungen.

¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2008), S. 5

Eine weitere viel diskutierte Beschränkung galt dem Werbeverbot für das Gesundheitswesen. „Jede Art der Werbung für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden sowie für die Anwendung bestimmter Arzneimittel oder bestimmte Heilbehelfe in Krankenanstalten ist verboten“¹². Damit die Entscheidung der Patienten nicht durch aggressive Werbung, sondern aufgrund medizinischer Aspekte zustande kommt, wurde dieses generelle Werbeverbot im Krankenanstaltengesetz ausgesprochen. Das allgemeine Werbeverbot für Krankenanstalten wurde aber bei der Neufassung des (Bundes)-Krankenanstaltengesetzes durch das Verbot, unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben, ersetzt¹³. Somit existieren für Krankenanstalten bei wahrer und sachlicher Information keine wesentlichen Werbebeschränkungen.

2.1.7. Entwicklung des Krankenhauses Vöcklabruck

2.1.7.1. Vision der Unternehmensleistung

Am Anfang einer jeder Strategieentwicklung steht die Vision der Unternehmer. Dabei wird vom Management ein Modell vorgegeben, wie man sich das Unternehmen in Zukunft vorstellt¹⁴. „Wir betreiben Gesundheit mit System“¹⁵. Das ist die Vision der Unternehmensleitung der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals AG (gespag), die im ersten Satz des Leitbildes niedergeschrieben wurde.

Für die Konkretisierung wurden folgende strategische Schwerpunkte extrahiert:

- Sicherstellung der regionalen medizinischen Basisversorgung
- Komplettierung und regionale Leistungsabstimmung innerhalb der Versorgungsregionen
- Forcierung spezieller medizinischer Angebote

¹² §13 Krankenanstaltengesetzes – KAG 1956

¹³ Vgl. §13 Krankenanstaltengesetzes – KAG 1993

¹⁴ Vgl. Papenhoff, M./Platzköster, C. (2010), S. 40

¹⁵ Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.), S. 5

- Aktive Kooperation und Zusammenarbeit mit allen Gesundheitseinrichtungen
- Positionierung der gespag-Spitäler als regionale Gesundheitsdrehscheiben
- Ausbildung und Qualifizierung in Gesundheitsberufe
- Lebensphasenorientierte Arbeitsplatzgestaltung und Personalentwicklung
- Sicherstellung einer zeitgemäßen und zukunftsorientierten Infrastruktur

2.1.7.2. Leitbild

Die Unternehmensphilosophie spiegelt die Überzeugungen und Werte der Unternehmensleitung und der Mitarbeiter wider. Sie muss von allen am Dienstleistungsprozess beteiligten Personen getragen werden. In den meisten Unternehmen wird die Unternehmensphilosophie im Unternehmensleitbild niedergeschrieben.

Das Leitbild des Krankenhauses Vöcklabruck wurde mit den Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen kreiert. Es soll dabei die Wertschätzung der Mitarbeiter und der Patienten repräsentieren. Das Handeln orientiert sich am Nutzen für die Gesundheit und Lebensqualität der oberösterreichischen Bevölkerung. Aufgebaut wurde das Leitbild auf fünf Säulen:

- Spektrum
- Kompetenz
- Teamwork
- Respekt
- Entwicklung

Die Inhalte wurden in einer großen krankenhausesinternen Kampagne allen Mitarbeitern übermittelt. Es wurden dabei Arbeitsgruppen gebildet, in denen jeder Mitarbeiter seine Wünsche oder Verbesserungsvorschläge einbringen konnte.

2.2. Zielgruppen des Krankenhausmarketings

2.2.1. Patienten

Das Kerngeschäft der Krankenanstalten ist die Patientenversorgung. Daher ist der Patient die wichtigste Zielgruppe des Krankenhausmarketings. Die Patienten haben besonders in ihrer Ausnahmesituation individuelle Bedürfnisse und Ansprüche, aber von der eigentlichen Krankenhausleistung oftmals nur eine diffuse Vorstellung¹⁶. Aufgrund der starren Krankenhausroutine wird der Patient in ein Behandlungsschema gepresst, bei dem individuelle Bedürfnisse oftmals nicht berücksichtigt werden. Hier muss das Krankenhausmarketing ansetzen, denn der Wandel zum mündigen Patienten hat in den letzten Jahren das Gesundheitswesen geprägt. Durch bessere Informationsmedien wollen die Patienten im Entscheidungsprozess der Versorgung mitbestimmen. Diese Entscheidung fängt bei der Arztwahl an und reicht bis zu den Therapiemöglichkeiten.

2.2.2. Einweiser – zuweisende Ärzte

In der Vergangenheit wurde der Beziehung zwischen den zuweisenden Ärzten und dem Krankenhaus nicht immer ausreichend Beachtung geschenkt. Ein gutes „Verhältnis“ zwischen den zuweisenden Ärzten und den Krankenhäusern ist ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die niedergelassenen Ärzte sind meistens die erste Anlaufstelle für die Patienten. Der zuweisende Arzt tritt anschließend als Patientenvermittler für das Krankenhaus in Erscheinung. Das Einweiseverhalten der Ärzte hängt dabei von verschiedenen Einflussfaktoren ab:

- Geographische Lage des Krankenhauses
- Persönliche Kontakte und Zusammenarbeit
- Möglichkeiten der Diagnostik und der Therapie
- Einschätzung der medizinischen und pflegerischen Qualität der Klinik
- Patientenmeinung
- Entlassungsbrief¹⁷

¹⁶ Vgl. Papenhoff, M./Platzköster, C. (2010), S. 28

¹⁷ Vgl. Ennker, E./Pietrowski, D. (2009), S. 186

Die Patienten sind in den vergangenen Jahren immer autonomer in ihrer Entscheidung für die Krankenanstalt geworden, dennoch folgen die Patienten in der Regel der Zuweisung des niedergelassenen Arztes¹⁸.

2.2.3. Krankenkassen

Die Krankenkassen tragen, mit Ausnahme der Selbstbehalte der Patienten, die Kosten der Patientenbehandlungen. Die Tarife zwischen den Krankenhäusern und den Kassen werden seit dem Jahr 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) abgerechnet.

2.2.4. Politik

Die Politik schreibt die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen vor. Gemäß dem Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes können der Bund und die Länder untereinander Vereinbarungen über die Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches schließen. Dabei sind fast alle Bereiche des Gesundheitswesens durch die Kompetenz des Bundes geregelt. Die Ausnahme bilden die Krankenanstalten, hier besitzt der Bund nur die Grundsatzgesetzkompetenz, die Ausführungskompetenz obliegt den Ländern.

Die Entscheidungen der Politik sind aber oftmals durch politische Interessen oder das Wiederwahlinteresse dominiert. Daher wird oftmals an alten Strukturen festgehalten, um den Wähler nicht zu verstimmen. Dieses Verhalten hat das Gesundheitssystem kurz vor den finanziellen Absturz getrieben. Reformen und Sparmaßnahmen sind derzeit an der Tagesordnung, und jedes Krankenhaus muss um seine Betten, Abteilungen und sogar um den Standort kämpfen. Patientenzufriedenheit gilt daher als wichtiges Kriterium, damit das Krankenhaus regional, aber auch überregional einen guten Ruf erhält und der Politik keine Angriffsmöglichkeit bietet.

¹⁸ Vgl. Papenhoff, M./Platzköster, C. (2010), S. 25

2.2.5. Pharmaindustrie

Im Krankenhausmarketing wird der Einfluss der Pharmaindustrie oftmals vergessen. Hier wird häufig über die Hintertür Lobbyismus betrieben. Die Interessen der Pharmaindustrie können die Entscheidungen der Politik beeinflussen. Eine veröffentlichte Studie des internationalen Gesundheitsnetzwerks Health Action International (HAI) belegt, dass zwei Drittel der Patientenorganisationen, die mit der Europäischen Arzneimittelbehörde zusammenarbeiten, Zuschüsse in Höhe von bis zu 99 % des Finanzierungsvolumens von Pharmaunternehmen bekommen haben¹⁹.

¹⁹ Vgl. Spielberg, P. (2010), S. 2280

2.3. Der Kunde im Krankenhaus

Die Aufgabe der Krankenanstalten ist die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die Krankenanstalten bieten demnach eine Gesundheitsdienstleistung an, die von der Bevölkerung angenommen werden kann. Die Kunden sind aus der Sicht der Unternehmen diejenigen, die die angebotene Leistung nachfragen²⁰. Neue ökonomische Ansätze sehen deshalb das Krankenhaus als Dienstleister und den Patienten als Kunden. Dem Ansatz des Kunden liegen aber wesentliche Unterschiede zugrunde, denn der Patient kann sich das Gut der Gesundheit nicht frei kaufen. Eine weitere Diskrepanz ist, dass die Bezahlung der Leistung solidarisch über Beiträge finanziert wird und nicht vom Patienten selbst.

Seit dem Übergang von Verkäufer- in Käufermärkte und dem Ansatz der kundenorientierten Unternehmensführung stehen die Bedürfnisse der Kunden im Vordergrund einer jeden Unternehmensaktivität. Die Krankenanstalten haben somit das Ziel, die Bedürfnisse der Patienten zu befriedigen. Das wesentliche Bedürfnis der Patienten ist in den meisten Fällen die Wiederherstellung der Gesundheit. Die Krankenanstalten besitzen somit einen Vorteil, der in der freien Marktwirtschaft nur selten gegeben ist, denn die Gesundheit kann nicht durch andere Dienstleistungen substituiert werden. Der Patient befindet sich in einer Situation, in der er im Regelfall auf fremde Hilfe angewiesen ist. Ein besonderer Kontrast zu anderen Produktions- und Dienstleistungsunternehmen ist das fachliche „Laienwissen“ der Patienten. Mithilfe der neuen Informationsmedien können die Patienten einfach und schnell Wissen über ihre Krankheit einholen. Neben den Informationen über die Krankheit können aber auch Informationen über Gesundheitseinrichtungen recherchiert werden. In den letzten Jahren ist der Gesundheitsmarkt durch einen zunehmenden Wettbewerb gekennzeichnet. Patienten können aufgrund der steigenden Mobilität zwischen den Leistungen verschiedener Krankenanstalten wählen. Die Patienten werden nun die Leistungen der Krankenanstalten aufsuchen, von denen sie glauben, den größten Nutzen zu haben. Die Krankenanstalten müssen somit einen Vorteil gegenüber den Mitbewerbern aufweisen, damit sie die Patienten an das Unternehmen binden können.

²⁰ Vgl. Homburg, C. (2006), S. 3

2.4. Die Bedeutung des Konkurrenzvorteils

Wenn ein Patient die Dienstleitung einer Krankenanstalt in Anspruch nehmen muss, wird er sich im Vorfeld die Frage stellen, welches Krankenhaus für ihn die beste Alternative ist. Für die Patienten muss das Krankenhaus Vöcklabruck über einen Vorteil gegenüber anderen Krankenanstalten verfügen, um sich in Vöcklabruck behandeln zu lassen. Es ist somit Aufgabe der Krankenhausleitung, ein Bild eines Krankenhauses zu schaffen, das in den Augen der Patienten besser ist als die Konkurrenzkrankenanstalten²¹.

Die Vorteile für den Patienten können objektiv oder subjektiv wahrgenommen werden. Aufgrund der Komplexität der Dienstleistungen im Krankenhaus, der daraus resultierenden fehlenden Transparenz, die wegen des fehlenden fachlichen Wissens der Patienten immer präsent sein werden, gestalten sich die Beurteilung und die kritische Betrachtung der Dienstleitungen für den Patienten relativ schwierig. Qualitative Kriterien wie

- die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder
- die Qualität der medizinischen Leistung

sind kaum vergleichbar, denn wer kann im Nachhinein sagen, dass die Behandlung in einem anderen Krankenhaus einen besseren Behandlungserfolg gehabt hätte. Einfache quantitative Vorteile, die der Patient leicht vergleichen kann, sind in vielen Fällen die:

- Geographische Lage
- Wartezeiten
- Ausstattung der Patientenzimmer (Fernseher, Internet etc.)
- Parkgebühren etc.

Für den Patienten wichtige Kriterien, sowohl qualitative als auch quantitative, müssen systematisch ermittelt und beurteilt werden, um Maßnahmen abzuleiten und dauerhafte Konkurrenzvorteile schaffen zu können.

²¹ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 3

2.5. Patientenzufriedenheit

2.5.1. Definition der Patientenzufriedenheit

Für die systematische Messung der Patientenzufriedenheit und die richtige Interpretation der Ergebnisse ist es erforderlich, das Konstrukt der Kundenzufriedenheit zu verstehen²². Die zentralen Fragestellungen sind dabei, wie die Zufriedenheit entsteht, welche Faktoren die Zufriedenheit beeinflussen und welche Maßnahmen zur Steigerung der Zufriedenheit gesetzt werden können.

Über eine einheitliche Definition der Kundenzufriedenheit herrscht in der Literatur kein Konsens. Es grassieren jedoch verschiedene Theorien und Konzepte, die versuchen, die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der Menschen zu erklären wie beispielsweise die:

- Bedürfnistheorie von Maslow,
- Zwei-Faktorentheorie von Herzberg,
- Dissonanztheorie nach Festinger,
- Kano-Modell der Zufriedenheit.

Der am meist verbreitete Ansatz der Zufriedenheitsmessung in Bezug auf Kunden ist das Konzept der Confirmation/Disconfirmation (C/D-Paradigma). Die Kundenzufriedenheit ist dabei primär das Ergebnis eines komplexen Vergleichsprozesses²³. Der Kunde vergleicht die tatsächlich erlebte Erfahrung der in Anspruch genommenen Dienstleistung mit der Erwartung, die er an die Dienstleistung gestellt hat²⁴. Wird die Erwartung des Kunden nicht erfüllt, ist der Kunde in der Regel unzufrieden. Sobald jedoch die Erwartung erfüllt oder sogar übertroffen wird, sorgt das in den meisten Fällen für Kundenzufriedenheit. Diese wird daher durch zwei Kriterien bestimmt: die Erwartungshaltung und die wahrgenommene Leistung. Die Bewertung der Leistung durch den Patienten wird jedoch von vielen Autoren hinterfragt, da der Patient nicht fähig ist, die objektive Qualität der medizinischen Leistung beurteilen zu können. Die

²² Vgl. Albrecht, M./Topfer, A. (2006), S. 184

²³ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 212

²⁴ Vgl. Homburg, C. (2006), S. 44

medizinische Versorgung charakterisiert sich durch fehlende Transparenz der Behandlungsprozesse, ein Informationsdefizit und die fachliche Unwissenheit der Patienten. Diesen Teil der Leistungserbringung kann der Patient als medizinischer Laie somit nicht beurteilen²⁵. Die Kritiker zweifeln daher immer wieder an der Validität der Patientenzufriedenheitsmessungen.

Wie kann nun die Qualität der medizinischen Leistung erfasst werden, oder besser gesagt, wie kann man die Beurteilung des Patienten hinsichtlich der medizinischen Leistung messen? Bei der Patientenzufriedenheit entscheidet alleine der Patient aufgrund der subjektiven Wahrnehmung der Leistung, unabhängig davon, wie hoch die objektive Qualität der Leistung ist. Mithilfe der Patientenzufriedenheitsermittlung wird versucht, die Bedürfnisse, Ansprüche und die Erwartungen der Patienten zu eruieren, denn am Ende des Behandlungsprozesses entscheidet alleine der Patient über ein Wiederaufsuchen der Krankenanstalt.

Die Ermittlung der objektiven Qualität der medizinischen Leistung, die beispielsweise mit Kennzahlen wie Komplikationen oder den Morbilitätsraten ermittelt werden kann, muss nicht mit der Patientenzufriedenheit übereinstimmen, wenn auch natürlich ein Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver medizinischer Qualität existiert. Bei der Zufriedenheitsermittlung ist die zentrale Fragestellung, wie gut die medizinische Leistung in den Augen des Patienten ist.

²⁵ Vgl. Brinkmann, A./Jung, J./Pfaff, H. (2007), S. 38

2.5.2. Die Bedeutung des zufriedenen Patienten

Die Kundenzufriedenheit ist für marktorientierte Unternehmen oftmals eines der obersten Ziele. Der Grund dafür ist die Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen zufriedenen Kunden und dem Unternehmenserfolg gibt. Zufriedene Patienten werden sich in der Regel positiv über die Leistung des Krankenhauses äußern. Dies resultiert in einer positiven „Mund-zu-Mund“-Kommunikation, welche dem Krankenhaus zu einem besseren Image verhilft²⁶. Das Image ist eine wichtige Wirkungsgröße mit psychologischer Resonanz und gewinnt wegen der Immaterialität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen und des schwierigen Wettbewerbsvergleichs eine besondere Bedeutung²⁷.

Nicht nur die langfristige Kundenbindung ist wichtig, sondern auch die Kundenakquisition durch die positive „Mund-zu-Mund“- Kommunikation und das gute Image des Krankenhauses. Die Prägnanz der „Mund-zu-Mund“- Kommunikation visualisiert die nachfolgende Abbildung, die eine Umfrage einer Gemeinschaftspraxis für Orthopädie, Unfallchirurgie und Neurochirurgie präsentiert.

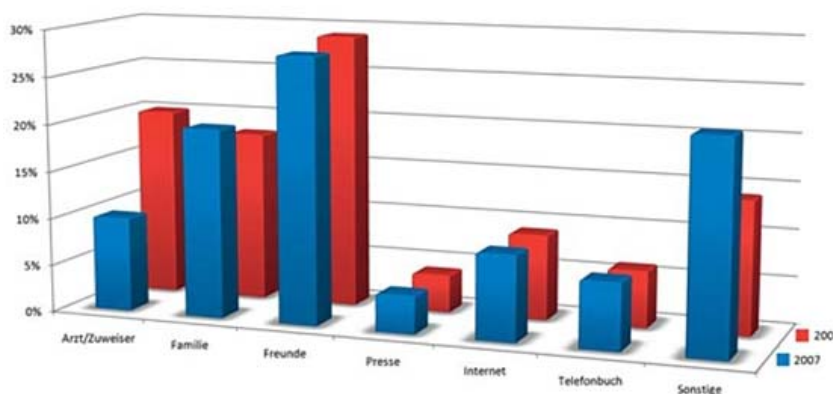


Abbildung 1: Umfrageergebnis einer Gemeinschaftspraxis²⁸

Im Zuge der Umfrage wurden die Patienten gefragt, „Wie sie auf die Praxis gekommen sind“. Es lässt sich identifizieren, dass ein großer Teil aufgrund der Weiterempfehlung von Freunden oder Familie die Praxis aufgesucht hat.

²⁶ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 92

²⁷ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 93

²⁸ Quelle: Mauch, C. (2010), S. 23

In vielen Fällen entscheidet der zuweisende Haus- oder Facharzt über die Einweisung in das Krankenhaus. Deshalb muss dieser neben dem Patienten ebenfalls vom guten Image und der Leistung der Krankenanstalt überzeugt werden.

Ist der Patient mit der Leistung zufrieden, bedingt das in vielen Fällen eine dauerhafte Kundenbindung. Mit dem Schlagwort des „Customer-Relationship-Marketings“ (CRM) ist die Bedeutung der „Geschäftsbeziehung“ in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund gerückt²⁹.

²⁹ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 5ff.

2.5.3. Die Erwartungshaltung der Patienten

Die Erwartungshaltung der Patienten hat sich grundsätzlich verändert. Vor einigen Jahren sind die Patienten bei Beschwerden zum Arzt gegangen. Der Arzt hat sie untersucht und eine Diagnose erstellt. Über die Art der Behandlung hat, in den meisten Fällen, der behandelnde Arzt alleine entschieden. In der Gegenwart möchten die Patienten jedoch nicht mehr alleine den Entscheidungen des Arztes vertrauen, sondern holen selbst Information ein, um bei der Behandlungswahl mitreden zu können. Im Jahr 2001 wurde in acht europäischen Ländern eine Studie mit 8.000 Patienten durchgeführt mit dem Ergebnis, dass 74 % der befragten Patienten über die Therapie mitentscheiden wollten³⁰.

Die Erwartung des Patienten dient als Bezugsbasis im Vergleichsprozess der Patientenzufriedenheit. Jeder Patient hat aber eine individuelle Erwartungshaltung, wobei jeder grundsätzlich das primäre Ziel verfolgt, das Krankenhaus gesund wieder zu verlassen. Dennoch wird ein Notfallpatient andere Ansprüche und Erwartungen an das Krankenhaus stellen, als der Klassepatient, der auf seinen geplanten OP-Termin wartet.

Neben dem primären Anliegen der Gesundheit gibt es viele andere Einflussfaktoren, die die Erwartungshaltung der Patienten beeinflussen. Eine Studie von Kane et al, an der 2.116 Patienten partizipierten, demonstriert, dass der Zufriedenheitszustand des Patienten eher durch den aktuellen Gesundheitszustand als durch die stattgefundene Verbesserung geprägt wird. Die Patienten würden vielmehr auf ihren aktuellen Gesundheitszustand Wert legen, als an das Ausmaß der Verbesserung zu denken³¹. Ebenso kommt es aber auch nicht selten vor, dass ein Patient hochzufrieden über eine objektiv schlechte Behandlung ist, oder Unzufriedenheit bei einer guten Behandlung entsteht³².

³⁰ Vgl. Baumann, B. (2010), S. 4

³¹ Vgl. Kane et al (1997), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9219498?dopt=Abstract> (12.10.2010)

³² Vgl. Wüthrich-Schneider, E (2000), S. 1046

Weitere Einflussfaktoren sind das Geschlecht und das Alter der behandelnden Ärzte. Eine Studie von Hall et al zeigt, dass bei routinemäßigen medizinischen Visiten die Unzufriedenheit bei jungen weiblichen Ärzten am größten ist³³.

Eine Studie von Leimkühler und Müller beschäftigt sich mit dem Thema der Zufriedenheit, in der fünf Ansätze für die Zufriedenheit hervorgehoben werden. Aus der sozialen Vergleichstheorie, mit der sich schon Festinger (1954) beschäftigte, geht hervor, dass sich der Patient mit anderen Patienten vergleicht. Geht es ihm besser als anderen Patienten mündet das vermehrt in Patientenzufriedenheit.

Es sind aber auch noch weitere Faktoren, wie der soziale Status der Patienten, das Alter oder die Schulbildung von Bedeutung³⁴.

Es können aber auch Unterschiede in der Erwartungshaltung aufgrund der oftmals fehlenden Transparenz der medizinischen Leistung, dem Informationsmangel oder auch des Wissensdefizits der Patienten auftauchen. Die fehlende Transparenz und der Informationsmangel wurden in den letzten Jahrzehnten durch neue leicht zugängliche Informationsquellen geringer. Das Internet macht eine große Auswahl an Informationen leicht zugänglich. Informationsquellen wie „Google“ oder „Wikipedia“ sind aber mit Vorsicht zu genießen. Jedermann kann einen Artikel in „Wikipedia“ über die Behandlung von Lungenentzündungen einstellen – der Universitätsdozent aus London ebenso wie der Bäckermeister aus Norwegen. Mit der Vielzahl an Informationen, die nicht immer der Wahrheit entsprechen, bildet sich der Patient im Vorfeld eine Meinung. Diese möchten aber viele Patienten vom Arzt nur mehr bestätigt wissen, da ihre Ansicht schon fest steht. Diese im Vorfeld geschaffene Meinung kann bei der Beurteilung der Zufriedenheit eine wesentliche Rolle spielen.

Die Erwartungen der Patienten wurden in vielen Studien (Leimkühler und Müller, Kane et al oder Hall et al) untersucht.

³³ Vgl. Hall et al (1994), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7967860> (12.10.2010)

³⁴ Vgl. Wüthrich-Schneider, E (2000), S. 1046

In einer mehrjährigen Forschungsarbeit des Picker Instituts wurden die Wünsche der Patienten ermittelt:

- Zugang zur Versorgung
- Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse und Werte
- Koordination der Versorgung
- Information, Aufklärung und Instruktion
- Leibliches Wohlbefinden
- Zuwendung, emotionale Unterstützung und Minderung von Angst
- Einbezug von Familie, Angehörigen und Freunden
- Kontinuität beim Wechsel der Versorgungssektoren (z. B. bei der Entlassung nach Hause)³⁵
- Wirksame Behandlung von vertrauten Fachleuten
- Beteiligung an Entscheidungen³⁶

In neueren Studien wie der von Santuzzi, Brodnik et al. (2009) wird auch die

- Hotelkomponente

zu einem Entscheidungskriterium der Patientenzufriedenheit.

Bei einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung des Wissenschaftlichen Institutes der Techniker Krankenkasse wurde erhoben, dass der wichtigste Parameter für die Gesamtzufriedenheit der Aspekt der Interaktion ist³⁷. Dieselbe besteht dabei aus Verständnis, Einfühlungsvermögen, Zeit für den Patienten, Ernstnehmen, Zuspruch und Unterstützung, Geduld sowie dem Umstand, als Mensch wahrgenommen zu werden. Weitere wichtige Parameter waren die Einbindung in den Entscheidungsprozess sowie die fachliche Kompetenz.

³⁵ Vgl. Ruprecht, T. (o.J.), S. 4

³⁶ Vgl. Sizmur, S./Redding, D. (2009), S. 20

³⁷ Vgl. Bestmann, B./Verheyen, F. (2010), S. 18

2.5.4. Der Vergleich der Krankenanstalten

Der Vergleich verschiedener Krankenhäuser wird in Zukunft per Internet mit einem Mausklick möglich sein. Die ersten Ansätze im deutschsprachigen Raum hat die deutsche Gesundheitsversicherung AOK mit der sogenannten „Weißen Liste“ im April 2010 gestartet. Die AOK nennt die Liste selbst aber kein Rating, sondern beschreibt sie als „Krankenhausnavigator“.

„Sie suchen geeignete Krankenhäuser für bestimmte Behandlungen, Diagnosen oder Versorgungsschwerpunkte? Hier werden Sie fündig! Geben Sie einfach Ihren Behandlungswunsch ein oder nutzen Sie die Suche über Körperregionen unter Angabe Ihrer Postleitzahl. Auf der Ergebnisseite finden Sie dann die Krankenhäuser Ihrer Umgebung übersichtlich im Vergleich“³⁸.

Mit der Weißen Liste ist es Patienten möglich, die Behandlungsergebnisse von verschiedenen Krankenhäusern zu vergleichen. Der Patient kann sich jetzt neben der Meinung des einweisenden Haus-/Facharztes die Informationen einfach und bequem von zu Hause aus einholen. Diese Transparenz erhöht natürlich den wirtschaftlichen Druck auf die einzelnen Krankenhäuser, und ein immer größer werdender Konkurrenzkampf um die Patienten wird entstehen.

Mit der Schlagzeile „Die neue Dimension des Wettbewerbs“ veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt³⁹ einen Artikel, in dem ein weiteres Vergleichsportal vorgestellt wurde: Die drei größten deutschen Krankenhausträger haben das Portal www.qualitätskliniken.de in Betrieb genommen, in dem Kliniken hinsichtlich der Qualität verglichen werden können.

Je transparenter die Krankenhauslandschaft wird, desto eindrucksvoller müssen sich die Krankenhäuser in der Öffentlichkeit präsentieren und die Konkurrenzkrankenanstalten beobachten.

In Österreich ist der Vergleich mithilfe des Internetportals „Spitalskompass“ des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) für jedermann

³⁸ o. V. (2010), <http://www.aok-gesundheitsnavi.de/krankenhaus.15.de.html> (17.10.2010)

³⁹ Vgl. o. V. (2010), <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=67630> (17.10.2010)

möglich. Der Spitalskompass ist ein Informationsdienst, der folgende Fragen beantwortet:

- Welche Krankenanstalten zur Verfügung stehen
- Welche Leistungen die Krankenanstalten anbieten
- Wie oft welche Leistungen erbracht worden sind
- Die durchschnittliche Belagsdauer der Leistungen
- Die Ausstattung der Krankenanstalten (Hotelkomponente)⁴⁰

Mit diesem Informationsdienst ist eine einfache Gegenüberstellung der Krankenanstalten für die Patienten gegeben. Beispielsweise ist nachfolgend eine Abfrage der erbrachten Leistungen „Grauer Star, Bindehautentzündung, Hagelkorn“ illustriert.

Behandlung Geburtshilfe Abteilungen Ambulanzen Institute Medizintechnik				
1. Krankheitsbild/Körperregion				
Skelett & Bewegungsapparat	Gemeinnützige Krankenanstalten	Aufenthalte	Ø Dauer	Ø Alter
HNO & Gesicht & Zähne				
Auge				
Atmungssystem				
Blut & Immunsystem				
2. Behandlung/Leistung				
Abtragungs-, Aderhautoperationen, Hornhauttransplantation	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft mbH	1173	1	65
Glaskörperentfernung	A. ö. KH. Konventhospital Barmherzige Brüder Linz	555	2	52
Grauer Star, Bindehautentzündung, Hagelkorn	Allg. öffentl. Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH	397	1	58
	LKH Vöcklabruck	367	1	57
	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	281	1	58
	LKH Steyr und Zentrum für IM u. PSO Enns	129	2	53
	A.ö. Landeskrankenhaus Bad Ischl	38	2	58
	Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz	27	3	6
	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsges.m.b.H.	25	1	18
	A.ö. Landeskrankenhaus Freistadt	12	1	35
	A.ö. Landes-Krankenhaus Rohrbach	10	1	54
	Unfallkrankenhaus Linz der AUVA	10	3	60
	A.ö. Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems	9	1	51
	A.ö. Landeskrankenhaus Schärding	8	2	51
	A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz	4	2	42
	LKH Gmunden	3	7	72
	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz	2	3	27
3. Abfrage				
Bundesländer				
<input type="checkbox"/> Burgenland				
<input type="checkbox"/> Kärnten				
<input type="checkbox"/> Niederösterreich				
<input checked="" type="checkbox"/> Oberösterreich				
<input type="checkbox"/> Salzburg				
Hotelkomponenten				

Abbildung 2: Leistungsabfrage über den „Spitalskompass“

Die verschiedene Anzahl der Leistungserbringungen und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kann die Wahl der Krankenanstalt für die Patienten wesentlich beeinflussen.

⁴⁰ Vgl. o. V. (2010), <http://www.spitalskompass.oebig.at> (08.12.2010)

2.5.5. Methoden der Patientenzufriedenheitsmessung

Die veränderten Rahmenbedingungen haben die Krankenanstalten dazu gezwungen, die Patienten als Kunden zu betrachten und Maßnahmen zu entwickeln, damit die Kunden dauerhaft an das Unternehmen gebunden werden. Die Zufriedenheit der Patienten ist meist der erste Schritt für die dauerhafte Bindung der Patienten an das Krankenhaus. In der Folge wurden eine Reihe von Patientenzufriedenheitsermittlungsmethoden entwickelt die von Krankenanstalten und niedergelassenen Fachärzten implementiert wurden. Die ermittelten Daten werden aber immer wieder, aus wissenschaftlicher Sicht, in Frage gestellt. Die Dienstleistungen, die eine Krankenanstalt anbietet, sind aufgrund ihrer geringen Transparenz und der medizinisch-fachlichen Unwissenheit der Patienten eine schwierig zu ermittelnde Größe. Es ist nicht immer zwangsweise das Ergebnis der medizinischen Leistung, die den Patienten zufrieden oder unzufrieden stimmen lässt, es fließen auch viele andere Einflussfaktoren in den Entscheidungsprozess mit ein. Die Zufriedenheitsermittlung ist ein wesentlicher Part des internen Qualitätsmanagements. Die Zufriedenheit der Patienten ist zwar kein eindeutiger Indikator für die objektive Qualität der medizinischen Leistung, jedoch gibt es einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und der Qualität der Versorgung⁴¹. Bei der Messung der Patientenzufriedenheit geht es nicht darum, die objektive Qualität der Patientenversorgung zu erkunden, sondern zu ermitteln, wie die Leistungserbringung des Krankenhauses aus der subjektiven Sicht des Patienten wahrgenommen wird. Die objektive Qualität muss mittels anderer Techniken bzw. Verfahren ermittelt werden.

Grundsätzlich gilt für alle Methoden der Zufriedenheitsmessung, dass die Ergebnisse der Messung die Kriterien der

- Objektivität,
- Reliabilität und
- Validität

erfüllen müssen⁴². Für die Erfüllung dieser Kriterien müssen die Informationen

⁴¹ Vgl. Blum, K. et al. (2001), S. 25

⁴² Vgl. Homburg, C. (2009), S. 245

über die Zufriedenheit der Patienten systematisch erforscht werden. Die Marktforschung ist dabei die systematische Sammlung, Aufbereitung, Analyse und die richtige Interpretation der Daten⁴³, die eine Entscheidungshilfe für die Unternehmensleitung darstellt. Die Kundenzufriedenheitsmessung darf somit keine einmalige Aktion sein, sie muss kontinuierlich erhoben werden.

Die Grundlage einer jeden Messung sind die Daten, die eruiert werden müssen. Es werden grundsätzlich zwei Kategorien der Daten differenziert:

- Primärdaten und
- Sekundärdaten⁴⁴.

Sekundärdaten werden nicht im Rahmen der Patientenzufriedenheitsmessung ermittelt, es handelt sich um bereits vorhandene Daten. Die Sekundärdaten können wieder in unternehmensinterne und unternehmensexterne Datenquellen untergliedert werden⁴⁵. Auch wenn die Sekundärdaten nicht speziell für die Patientenzufriedenheitsermittlung erhoben werden, müssen sie dennoch immer bei einer Messung, aber auch bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Primärdaten spiegeln die eigentliche Zufriedenheitsermittlung wider. Diese Daten sind speziell auf die Informationsbedürfnisse zugeschnitten. Für die Gewinnung der Daten können vier Methoden unterschieden werden:

- Befragung,
- Beobachtung,
- Experiment und
- Panel⁴⁶.

In den meisten Fällen erfolgt die Patientenzufriedenheitsermittlung durch Befragung der Patienten mit einem standardisierten Fragebogen. Einige Studien und Autoren bezweifeln grundsätzlich die Validität der Patientenzufriedenheitsmessung mittels Fragebogen. In der Medizin sind die Zufriedenheitswerte im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich hoch. Oftmals werden Zufriedenheitswerte über 90 % erreicht, was aber in

⁴³ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 240

⁴⁴ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 253

⁴⁵ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 283

⁴⁶ Vgl. Meffert, H. (2006), S. 108

augenfälliger Diskrepanz zu den tatsächlichen Erfahrungen und Erlebnissen steht, die die Patienten und Mitarbeiter berichten⁴⁷. Einer Studie von Sara N Bleich et al zufolge sind in Österreich 92 % der Patienten mit den Leistungen der Krankenanstalten sehr zufrieden bzw. zufrieden. Nun stellt sich die Frage, ob in Österreich die Krankenanstalten eine derartig gute Leistung anbieten, die auf so hohem Niveau ist, dass es in den einzelnen Krankenanstalten kaum Divergenzen gibt. Oder sind die Patienten vielleicht zu unkritisch mit den Leistungen des Krankenhauses? Denkbar ist auch, dass die Messung der Kundenzufriedenheit nicht korrekt ist und die Kritiker des Patientenfragebogens recht haben.

Der Grund für die Präferenz des Patientenfragebogens sind wesentliche Vorteile gegenüber den anderen Methoden. Der Fragebogen ist

- relativ kostengünstig,
- erreicht große Fallzahlen,
- ist anonym und
- schafft eine Möglichkeit für den Patienten, in Ruhe antworten zu können⁴⁸.

Die schriftliche Befragung mit einem standardisierten Patientenfragebogen ist die sicherlich effektivste Art der Erhebung der Patientenzufriedenheit. Die Patientengruppen, die nicht durch den Patientenfragebogen befragt werden können (Kinder, demente Patienten ...), müssen durch zusätzliche andere Befragungsmethoden erfasst werden.

Einige Studien und Autoren haben dieses Thema weitreichend behandelt. So hat das gemeinnützige Picker Institut, dessen selbsterklärtes Ziel ist, die patientenzentrierte Versorgung zu stärken und so die Betreuungsqualität von Patientinnen und Patienten zu verbessern, sich intensiv mit der Patientenzufriedenheitsermittlung mit dem Fragebogen beschäftigt. Das Institut hat für die Erkundung der Zufriedenheit mit dem Fragebogen wesentliche Änderungen im Vergleich zu den herkömmlichen Fragebögen entwickelt.

⁴⁷ Vgl. Ennker, J./Pietrowski, D. (2009), S. 198

⁴⁸ Vgl. Homburg, C (2009), S. 259ff.

Grundsätzlich können im Hinblick auf das Leistungsangebot eines Krankenhauses folgende Leistungsspektren für die Zufriedenheitsermittlung unterschieden werden:

- Medizinische Leistung
- Pflegerische Leistung
- Hotelkomponente

Für die verschiedenen Leistungsbereiche offenbaren sich verschiedene Schwierigkeiten und Einflussfaktoren, die bei der Zufriedenheitsmessung berücksichtigt werden müssen. Zudem müssen auch die Art und der Umfang der in Anspruch genommenen Leistung bedacht werden. Dabei sind die

- stationäre Behandlung,
- ambulante Behandlung und
- Notfall(Intensiv)-Behandlung

zu differenzieren. Die in Anspruch genommene Leistung hat wesentlichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheitsmessung. Ein Notfallpatient hegt andere Ansprüche und Erwartungen an ein Krankenhaus als der Sonderklassepatient, der auf seine geplante Operation wartet.

An die verschiedenen Leistungen muss auch die Zufriedenheitsermittlung angepasst werden. Es kann für das gesamte Spektrum der Leistungen nicht ein Fragebogen entworfen werden, da die Erwartungshaltungen von der in Anspruch genommenen Leistung abhängig ist. Ambulante Patienten legen keinen Wert auf das Essen im Krankenhaus, da sie in der Regel keines bekommen. Die Zufriedenheit wird hier vielmehr von der Wartezeit und von der medizinischen Behandlung abhängen. Ebenso gibt es eine andere Erwartungshaltung bei Notfallpatienten oder bei Gebärenden im Vergleich zu Patienten der stationären Versorgung.

2.5.5.1. Medizinische Leistung

Die Behandlung im Krankenhaus ist aus der Sicht der Patienten geprägt durch Ängste und Befürchtungen, die eigene Gesundheit nicht wieder zu erlangen. Gerade die medizinische Versorgung ist gekennzeichnet durch fehlende Transparenz, die medizinische Unwissenheit der Patienten sowie Informationsmangel. Diese Ungewissheit der Patienten hat eine wesentliche Bedeutung in Bezug auf die Erwartungshaltung für die medizinische Leistung. Hierbei können drei wesentliche Unterscheidungen getroffen werden:

- Internalität,
- Soziale Externalität und
- Fatalistische Externalität⁴⁹

Internalität bedeutet dabei, dass die Patienten der Meinung sind, die Gesundheit und die Krankheit selbst kontrollieren und steuern zu können. Bei der sozialen Externalität ist der Patient der Überzeugung, die Gesundheit und die Krankheit seien durch andere Personen, wie das medizinische Fachpersonal, veränderbar. Vertreten die Patienten die Auffassung der fatalistischen Externalität, sind sie der Meinung, Gesundheit und Krankheit seien nicht kontrollierbar, vielmehr seien der Zufall, Glück oder das Schicksal ausschlaggebend für den Verlauf. Diese Erwartungen an die medizinische Leistung sind von wesentlicher Bedeutung bei der Patientenzufriedenheitsermittlung. Ein genereller Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Überzeugung des Gesundheits- oder Krankheitszustandes der Patienten⁵⁰ kann nicht begründet werden, wie die Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse untermauern.

Die Qualität der medizinischen Leistung kann gemäß der Definition von Donabedian (1966) als Grad der Übereinstimmung der tatsächlichen Behandlung mit den aktuellen Anforderungen an eine gute Behandlung

⁴⁹ Vgl. Bestmann, B./Verheyen, F. (2010), S. 9

⁵⁰ Vgl. Bestmann B./Verheyen. F. (2010), S. 17

verstanden werden⁵¹. Die medizinische Leistung ist durch fehlende Transparenz, Informationsmangel, fehlendes Fachwissen der Patienten sowie mangelnde Vergleichbarkeit zwischen anderen Gesundheitsanbietern charakterisiert. Die Beurteilung der medizinischen Leistung aus der Sicht des Patienten kann daher nicht mit objektiven Qualitätsindikatoren getätigt werden, da der Patient, aufgrund seines fehlenden Fachwissens, nicht in der Lage ist, dies zu beurteilen.

Die Qualität der medizinischen Leistung ist das Fundament für ein erfolgreiches Krankenhaus. In der Literatur existieren aber zahlreiche empirische Studien, aus denen hervorgeht, dass eine gute medizinische Leistung nicht immer Zufriedenheit bei den Patienten hervorruft. Studien von Kane et al oder Cleary besagen, dass der aktuelle Gesundheitszustand einen größeren Einfluss auf die Zufriedenheit hat, als die Verbesserung desselbigen.

Der Patient macht aufgrund für ihn wichtig erscheinender Merkmale im Behandlungsablauf einen Vergleichsprozess zwischen der Erwartungshaltung und der erlebten Leistung. Das Ergebnis dieses Vergleichs führt zur Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Diese Merkmale müssen bei einer Zufriedenheitsermittlung erhoben werden. Wegen der Komplexität der medizinischen Leistung kann das aber nicht nur mit der Frage „Waren Sie mit der medizinischen Behandlung zufrieden?“ geklärt werden. Natürlich wäre diese Frage mit Ja oder Nein einfach zu beantworten, nur die Information, die man hieraus ableiten kann, bleibt sehr gering. Es müssen mehrere Fragen zu diesem Thema gestellt werden, um Rückschlüsse ziehen zu können.

Die Erwartung der Patienten beruht in vielen Fällen auf den Ergebnissen der Gespräche mit den behandelnden Ärzten. Man kann feststellen, dass viele Fälle der Unzufriedenheit auf einem schlechten Kommunikationsverhältnis zwischen Patient und Arzt beruhen. In einer Studie des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz konnte ein kausaler Zusammenhang zwischen

⁵¹ Vgl. Brinkmann, A./Jung, J./Pfaff, H. (2007), S. 36

der Bereitschaft der Beschwerde und dem Arztverhalten aufgedeckt werden.⁵² Der Medizin sind trotz der technischen Fortschritte und der medizinischen Forschung Grenzen gesetzt. Die fehlende Kommunikation kann somit Patientenunzufriedenheit bewirken, obwohl eine qualitativ gute medizinische Leistung für den Patienten erbracht wurde.

Bei der Ermittlung der medizinischen Leistung muss nun also der Frage nachgegangen werden, wie die Erwartungshaltung zustande gekommen ist und ob diese erfüllt wurde. Wichtige Einflussgrößen sind dabei:

- Arzt-Patientenverhältnis
 - Kommunikation
 - Aufklärung durch den Arzt
 - Präsenz des Arztes
 - Betreuung durch den Arzt
 - Mitbestimmungsrecht durch den Patienten
 - Kompetenz
- Behandlungserfolg
 - Aufenthaltsdauer
 - Gesundheitszustand

Die Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt und den Patienten ist dabei einer der bedeutendsten Aspekte und Gegenstand zahlreicher sozialwissenschaftlicher, ethischer, aber auch ökonomischer Betrachtungen⁵³.

⁵² Vgl. Brock, H et al (2010), S. 14

⁵³ Vgl. Bestmann B./Verheyen. F. (2010), S. 7

2.5.5.2. Pflegerische Leistung

Die Bedürfnisse der Patienten sind im Hinblick auf die pflegerische Leistungserbringung verschieden stark ausgeprägt. In Abhängigkeit des gesundheitlichen Zustandes oder des Alters der Patienten tritt die Pflegeleistung verschieden hoch in Erscheinung. Die Bedürfnisse können sich aber auch im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes verändern. Steht am Anfang der Behandlung noch die Schmerzfreiheit im Vordergrund, können zum Ende des Krankenhausaufenthaltes Informationsbedürfnisse oder der zwischenmenschliche Kontakt für den Patienten von Bedeutung sein⁵⁴.

Im Gegensatz zur medizinischen Leitung ist die Pflegeleistung für den Patienten einfacher zu bewerten. Die Leistungserbringung der Pflege am Patienten besteht aus einer körperlichen, psychosozialen und einer sozialen Ebene. Der Patient hat dabei eine vordefinierte Erwartungshaltung und kann auch die in Anspruch genommene pflegerische Dienstleistung für sich subjektiv beurteilen.

Die Pflegeleistung hat, vom zeitlichen Umfang gemessen, den größten Anteil des Patientenkontakts. Deshalb muss auch bei der Zufriedenheitsermittlung auf die Pflegeleistung großen Wert gelegt werden.

⁵⁴ Vgl. Kuble, A. (2009), S. 68

2.5.5.3. Serviceleistung

Die Erwartungen der Patienten bei den Serviceleistungen haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Hierbei offenbaren sich auch tendenziell bei allen Befragungen der Patientenzufriedenheit die kritischsten Äußerungen im Vergleich zu den medizinischen und den pflegerischen Leistungen. Bei einem vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Auftrag gegebenen Projekt „Patientenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ fand eine Patientenumfrage in 21 österreichischen Krankenanstalten statt. Hierbei ist zu beobachten, dass große Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenanstalten bestehen.

Die Messung der Zufriedenheit ist für die Serviceleistung mithilfe des Patientenfragebogens einfach zu ermitteln da die Patienten klare Vorstellungen über die Qualität der Serviceleistungen haben. Deshalb wird auch bei vielen Patientenfragebögen eine Vielzahl an Fragen zu diesem Gebiet gestellt und oftmals das Wesentliche, die medizinische und pflegerische Leistung, vergessen.

Für die Ermittlung der Zufriedenheit müssen aber die Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Gerade im Servicebereich gibt es verschiedene Erwartungshaltungen der Patienten. Im Bereich der Informationsmedien muss zwischen den älteren Patienten und den jüngeren Patienten differenziert werden, denn in der Regel wird eine 80-jährige Patientin, die auf einer onkologischen Station liegt, mit einem Patientenmultimediacenter, bei dem ein Fernseher, Radio, Internet und vieles mehr angeboten wird, nicht zufrieden sein, aber der 30-jährige „Technikfreak“ dürfte völlig begeistert von einem solchen Angebot sein. Auch der soziale Status wird bei einer Beurteilung eine wesentliche Rolle spielen, sodass die Erwartungshaltung im Servicebereich als wichtiger Bezugspunkt fungiert, der ermittelt werden muss.

Die einfache Bewertbarkeit durch die vordefinierte Erwartungshaltung der Patienten lässt im Bereich der Serviceleistungen Unzufriedenheit bei den Patienten entstehen. Im Servicebereich existieren viele Erwartungen, die der

Patient voraussetzt. Bei einigen tritt bei Erfüllung dieser Erwartung jedoch keine Zufriedenheit ein, lediglich bei Nichterfüllung eine Unzufriedenheit. Herzberg beschreibt dies mit den Hygienefaktoren und Motivatoren. Bei Erfüllung der Hygienefaktoren stellt sich nur keine Unzufriedenheit ein, eine Zufriedenheit können die Hygienefaktoren aber auch nicht auslösen. Der Patient setzt ein sauberes Patientenzimmer voraus, d. h., die Zufriedenheit des Patienten wird nicht erhöht, wenn das Zimmer sauber ist, er wird sich aber beschweren, falls das Zimmer nicht sauber ist. Bei den Motivatoren kann jedoch Zufriedenheit ausgelöst werden. Leistungen, die für die Patienten nicht selbstverständlich sind, können Zufriedenheit bewirken.

2.5.6. Der Patientenfragebogen als Messinstrument

Der Patientenfragebogen ist das am meisten verbreitete Instrument für die Messung der Patientenzufriedenheit. In einem Fragebogen werden die Patienten nach ihren Erwartungen, den subjektiven Einschätzungen der wahrgenommenen Leistung, aber auch nach Erlebnissen und Erfahrungen in Bezug auf die Leistung standardisiert und systematisch befragt. Die Wirksamkeit der Befragung mit dem Fragebogen ist dabei stark durch die Interpretation der Befragten gekennzeichnet⁵⁵. Deshalb ist die Erstellung eines Fragebogens eine große Herausforderung.

Der Aufbau des Fragebogens und die Durchführung der Befragung müssen derart gestaltet werden, dass der Patient die Leistungen kritisch beurteilt. Die Ergebnisse dienen nicht der Selbstbestätigung der erbrachten Leistung, sie sollen vielmehr Schwachpunkte und Verbesserungspotenzial erkennbar machen.

Im Inhalt des Fragebogens müssen sich die Erlebnisse wiederfinden, die für die Entscheidungsfindung der Zufriedenheit des Patienten wichtig sind. Die Entscheidung der Frageinhalte muss aber auch von der Fähigkeit und der Antwortbereitschaft der Befragten abhängig gemacht werden.⁵⁶ Durch die richtige Auswahl der Inhalte eines Fragebogens können somit potenzielle Fehlerquellen bei der Auswertung verhindert werden. Mittels Kontrollfragen kann die Aussagefähigkeit der Ergebnisse überprüft werden. Die Messung darf nicht darauf ausgerichtet werden, eine möglichst hohe Zufriedenheit und damit eine Selbstbestätigung zu erhalten. Sie muss vielmehr auf die Erlebnisse der Patienten fokussieren. Für ein aussagekräftiges Ergebnis des gesamten Leistungsangebotes müssen verschiedene, für den Patienten wichtige Entscheidungsmerkmale abgefragt werden.

Bei der Auswahl der Frageninhalten muss aber immer auch die Anzahl der Fragen berücksichtigt werden. Wird der Patientenfragebogen zu lang, besteht die Gefahr, dass die Rücklaufquote sinkt. Ist der Fragebogen zu kurz, kann das

⁵⁵ Vgl. Homburg, C (2009), S. 296

⁵⁶ Vgl. Homburg, C (2009), S. 296

wesentliche Auswirkungen auf die Verwertbarkeit der Befragung haben. In der Literatur existiert kein einheitlicher Richtwert für den Umfang des Fragebogens. Die Anzahl der Fragen orientiert sich an den zu ermittelnden Inhalten, hängt aber von zwei Kontextfaktoren ab: dem Themeninvolvement und dem gewählten Medium⁵⁷. Homburg spricht die Empfehlung aus, der Fragebogen solle einen Umfang von 100 Fragen nicht überschreiten. Meffert wiederum äußert sich nicht zum Umfang des Fragebogens. Aus der Literatur und diversen veröffentlichten Umfragen geht jedoch hervor, dass ein Minimum von 30 Fragen für den Fragebogen im Krankenhaus nicht unterschritten werden soll⁵⁸. Patientenbefragungen können nur dann zur Qualitätssteigerung in einer Krankenanstalt beitragen, wenn die verwendeten Fragebögen ihrerseits qualitätsgesichert sind. Die Kernkriterien dafür sind die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) des Fragebogens. In Hinblick auf den Umfang gibt es Untersuchungen, die zeigen, dass die Länge des Fragebogens sich kaum auf die Antwortbereitschaft der Patienten niederschlägt. Dennoch ist natürlich zu berücksichtigen, dass Zeitbeschränkungen bei den Patienten und Patientinnen bestehen.

Neben den Inhalten ist der Zeitpunkt der Befragung eine wichtige Entscheidungsgröße. Das Picker Institut oder die deutsche Krankenkasse Techniker Krankenkasse führten die Befragung der Patienten erst nach der Behandlung im Krankenhaus durch. Dies hat verschiedene Gründe, da die Patienten während der Behandlung stark emotional mit ihrem Krankheitsgeschehen befasst sind und daher ein ausgewogenes Urteil nicht möglich ist. Erfahrungen aus der Psychologie haben auch gezeigt, dass viele Patienten nach einem gewissen Zeitabstand ehrlicher und kritischer einer Befragung gegenüberstehen, als während der Behandlung⁵⁹. Ebenso wie das Picker Institut und die Techniker Krankenkasse gelangen auch die Autoren Papenhoff und Platzköster zu dem Schluss, dass es erst nach der stationären Behandlung sinnvoll ist, die Befragung durchzuführen, damit eine Beurteilung

⁵⁷ Vgl. Homburg, C (2009), S. 297

⁵⁸ Vgl. Wüthrich-Schneider, E (2000), S. 1116

⁵⁹ Vgl. Ennker, J./Pietrowski, D. (2009), S. 197

unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren stattfinden kann⁶⁰.

Bei der Erstellung des Fragebogens und der Auswahl der Fragen müssen die Fragen einigen Kriterien entsprechen, damit keine Verwirrung bei den Befragten entstehen kann. Die Fragen müssen folgendermaßen konstituiert sein:

- Verständlich und mit einfachen Worten aufgebaut sein
- Kurz und auf eine konkrete Frage ausgerichtet sein
- Sie dürfen den Befragten nicht überfordern (keine doppelten Verneinungen)
- Bedeutungsäquivalent, damit der Befragte und der Frager dasselbe verstehen
- Nicht hypothetisch
- Neutral⁶¹

Für das Fragenformat und die Antwortmöglichkeit kann grundsätzlich zwischen zwei Varianten unterschieden werden:

- Offene Fragen
- Geschlossene Fragen

In der Regel ist es sinnvoll, beide Fragenformate zu verwenden.

Für geschlossene Fragen sind eine ganze Reihe verschiedener Typen vorhanden. Dabei heben sich die Fragestellung und die Antwortmöglichkeiten voneinander ab. Bei der Art und dem Inhalt der Fragestellung haben sich zwei verschiedene Befragungssystematiken entwickelt. Diese unterscheiden sich in eine:

- zufriedenheitsorientierte Befragung mittels Ratingfragen und eine
- ereignisorientierte Befragung mittels Reportingfragen^{62 63}.

Mit der klassischen Zufriedenheitsermittlung, bei der in der Vergangenheit in der Regel Ratingfragen verwendet wurden, sind sehr hohe Zufriedenheitsergebnisse zustande gekommen. Dies hat den Grund, dass an

⁶⁰ Vgl. Papenhoff, M./Platzkoster, C. (2010), S. 61

⁶¹ Vgl. Grötler, E./Rosenkranz, D. (2006), S. 70

⁶² Vgl. o. V. (2010), <http://www.pickerinstitut.de/index.php?aid=10-5> (22.11.2010)

⁶³ Vgl. o. V. (2008), S. 4

der klassischen zufriedenheitsorientierten Befragung wie „Wie zufrieden waren Sie mit, ...“ großer Zweifel an der Aussagekraft (Cleary et al 1993, Satzinger et al 2001, Bruster 200, Dierks et al, 2001) bestand⁶⁴. In der Studie „National Health Service“, die in den Jahren 1992 und 1993 im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums durchgeführt wurde, hat ein Vergleich zwischen einer ereignisorientierten und einer zufriedenheitsorientierten Befragung stattgefunden. Das Ergebnis war, dass bei der zufriedenheitsorientierten Patientenbefragung 90 % mit „zufrieden“ beziehungsweise „sehr zufrieden“ antworteten, mit der ereignisorientierten Befragung zeigte sich hingegen ein stark differenziertes Bild mit einer Quote zwischen 4 und 87 %⁶⁵.

Die zufriedenheitsorientierte Befragung ist aber auch in der Gegenwart noch eine häufig verwendete Form der Zufriedenheitsermittlung. Die Fragebögen des Picker Institutes und der Techniker Krankenkasse bestehen hauptsächlich aus geschlossenen Fragen, wobei die Art der Fragestellung eine Mischform aus zufriedenheitsorientierten und ereignisorientierten Fragen ist. Der Großteil sind dabei die ereignisorientierten Befragungen mit Reportingfragen, die auf die individuellen Erwartungen, Lebensumstände und Demographien der Patienten ausgerichtet sind⁶⁶. Es wird der Patient aufgefordert, von ihm beobachtete Verhalten oder Vorgänge zu bewerten⁶⁷. Hierbei wird versucht, anstatt von Zufriedenheitswerten Problemhäufigkeiten (problem scores) zu ermitteln. Reportfragen sind gerade für die Zufriedenheitsermittlung der medizinischen Leistung geeignet, da die zufriedenheitsorientierte Befragung aufgrund der Komplexität und der fachlichen Unwissenheit der Patienten keine aussagekräftigen Ergebnisse liefert.

Ein Kritikpunkt der geschlossenen Fragen ist der Deckeneffekt, der durch die Auswahl der Fragen mit den Antwortvorgaben beseitigt werden kann. Wird davon ausgegangen, dass die Zufriedenheit auf die Antwortstellung hoch ist, dann müssen sich die Antwortmöglichkeiten im positiven Bereich untergliedern.

⁶⁴ Vgl. o. V.(2010), <http://www.pickerinstitut.de/index.php?aid=10-5> (22.11.2010)

⁶⁵ Vgl. o. V.(2010), <http://www.pickerinstitut.de/index.php?aid=10-5> (22.11.2010)

⁶⁶ Vgl. Papenhoff, M./Platzköster, C. (2010), S. 198

⁶⁷ Vgl. o. V. (2008), S. 4

2.5.7. Betrachtung der Patientenzufriedenheitsmessung im Krankenhaus Vöcklabruck

2.5.7.1. Die Methode der Zufriedenheitsmessung

Im Krankenhaus Vöcklabruck wurde für die Patientenzufriedenheitsmessung ein Patientenfragebogen eingeführt. Der Patientenfragebogen wurde als Initiative der Gespag zur verbesserten Patientenversorgung erstellt. Ziel ist die Gewinnung von Eindrücken der Patienten, die während des Aufenthalts gewonnen wurden. Das Krankenhaus Vöcklabruck setzt dabei, wie fast alle anderen Krankenanstalten, auf den standardisierten Patientenfragebogen, den die Patienten kurz vor der Entlassung zum Ausfüllen überreicht bekommen. Die Befragung erfolgt „Inhouse“, das bedeutet, der Fragebogen wird zum Ende der Behandlung den Patienten übergeben und wird während des Krankenhausaufenthalts beantwortet. Die Patienten können den Fragebogen anonym in einen eigenen Postkasten einwerfen. Die Rückmeldung der Auswertung geschieht dabei in regelmäßigen Abständen durch die Mitarbeiterin der Info und Beschwerdestellen an die jeweiligen Fachabteilungen.

2.5.7.2. Vorgehensweise

Das Vorgehen der Betrachtung erfolgt systematisch und kann dabei, wie die Erstellung eines Fragebogens, im Hinblick auf Qualität, in einzelne Schritte unterteilt werden:

1. Die Frageninhalte
2. Die Fragenformate
3. Die Fragenformulierung
4. Die Fragenreihenfolge
5. Die äußere Gestaltung des Fragebogens⁶⁸

Dieser Vergleich soll keinesfalls eine Kritik an dem Patientenfragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck darstellen. Angestrebt sind lediglich eine objektive Betrachtung und ein Vergleich mit anderen Patientenfragebögen diverser Institutionen.

⁶⁸ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 296

Bei den jeweiligen Schritten erfolgen eine Betrachtung mittels der einschlägigen Literatur sowie ein Vergleich mit Patientenzufriedenheitsermittlungen verschiedener Institutionen:

- Fragebogen der Projektarbeit „PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ (Patientenfragebogen für Patienten und Patientinnen (PAO 58))
- Fragebogen des Picker Institutes (Patienten-Fragebogen Stationäre Versorgung)
- Fragebogen der Techniker Krankenkassen (Krankenhaus-Patientenbefragung 2006)
- Fragebogen der Kärntner Krankenanstalten „Outcome“

2.5.7.3. Der Inhalt des Fragebogens

Der Patientenfragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck ist in zehn Kategorien unterteilt. Zu den jeweiligen Kategorien werden verschieden viele Fragen bzw. Fragegruppen gebildet. Bei einer Fragegruppe müssen bei einer Fragestellung Mehrfachantworten gegeben werden, wie beispielsweise bei einer Unterteilung in Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten.

Der Fragebogen konzentriert sich auf die Abfrage der wahrgenommenen Leistung bzw. die Eindrücke, die der Patient während des Krankenhausaufenthalts gewonnen hat. Die Erwartungen, die der Patient an das Krankenhaus und dessen Leistungserbringung stellt, sind nicht im Fragebogen enthalten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt einen Vergleich der Gesamtfragen und eine Aufteilung der Fragen nach Leistungsbereichen. Bei der Gesamtanzahl der Fragen wurden statistische Angaben zur Person oder zum Leistungserbringer nicht berücksichtigt.

Fragebogen Anzahl der Fragen	Krankenhaus Vöcklabruck	Picker Institut	Projekt des Bundes- ministerium	Techniker Krankenkasse	„Outcome“ der Kärntner Kranken- anstalten
Gesamt	36	97	53	40	87
Medizinische Leistung	6	36	30	19	17
Pflegerische Leistung	4	12	13	4	8
Serviceleistung	12	20	2	4	9
Sonstige (Besuchszeiten, ect.)	14	29	8	13	53

Tabelle 1: Vergleich der Frageinhalte

Im Vergleich der absoluten Anzahl der Fragen ist eine große Differenz erkennbar. Der Fragebogen des Picker Instituts weist beinahe dreimal so viele Fragen wie der des Krankenhaus Vöcklabruck auf.

Ein Großteil der Fragen, 30 %, wurde auf den Servicebereich und somit auf Sekundärleistungen zugeschnitten. Im Vergleich zu den anderen Patientenfragebögen ist auffällig, dass Serviceleistungen einen deutlich geringeren Anteil der Fragen ausmachen, so etwa beim Fragebogen des Projektes „PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ mit nur 2 von insgesamt 53 Fragen. Auf eine Befragung der Verpflegung wurde hier völlig verzichtet.

Bei vier Fragen vom Fragebogen des Krankenhaus Vöcklabruck wird die zwischenmenschliche Beziehung, Arzt/Patient und Pflege/Patient, abgefragt. Bei den Vergleichsfragebögen ist ersichtlich, dass viel mehr Fragen auf das Beziehungsverhältnis Arzt/Patient und Pflege/Patient fokussieren. Das bestätigt sich mit den Erkenntnissen der repräsentativen Studie in der ambulanten Versorgung der Techniker Krankenkasse, bei der der Parameter der Interaktion den größten Anteil an der Gesamtzufriedenheit der Patienten besitzt.

Im Vergleich zu den anderen Patientenfragebögen ist die geringe Anzahl der Fragen auffällig. Die anderen Fragebögen sind viel umfangreicher als der Fragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck.

2.5.7.4. Das Frageformat und die Fragenformulierung

Im Hinblick auf das Frageformat sind alle Fragen, mit Ausnahme der Frage nach Wünschen, Anregungen und Verbesserungen, geschlossene Fragen. Bei der Frageformulierung lässt sich erkennen, dass der Großteil der Fragen zufriedenheitsorientiert konzipiert ist. Nur einige wenige Fragen, Fragen in Bezug auf die Entlassung und Nachsorge, sind ereignisorientiert ausgerichtet. Die zufriedenheitsorientierten Fragen haben alle eine Likert-Skala als Antwortmöglichkeit. Die Antwortmöglichkeiten sind in der Regel „sehr zufrieden – zufrieden – mäßig zufrieden – unzufrieden – sehr unzufrieden“. Weiters gibt es nicht die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“, damit das Risiko von Fehlantworten reduziert wird.

Aufklärung und Information

Ich war mit der Aufklärung und Information ...						03
	sehr zufrieden	zufrieden	mäßig zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	nicht zutreffend
... durch die Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch die Pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... über eine mögliche Schmerztherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 3: Auszug aus dem Patientenfragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck⁶⁹

Bei der Antwortmöglichkeit sind somit zwei positive und drei negative Beurteilungen möglich, bei einer „nicht zutreffenden“ Antwort. Da man eine durchwegs positive Beurteilung annimmt, wäre eine Verlagerung der Antwortmöglichkeiten in den positiven Bereich sinnvoll, um eine bessere Einstufung möglicher Schwachpunkte vornehmen zu können. Mit der Verlagerung der Antwortmöglichkeit in den positiven Bereich kann ein möglicher Deckeneffekt behoben werden.

In der Literatur wird die Verknüpfung von offenen und geschlossenen Fragen als sinnvoll erachtet⁷⁰. Häufig wird in der Marktforschung nach einer Reihe von geschlossenen Fragen eine offene Frage angehängt, um ergänzende

⁶⁹ Quelle: Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.) S. 2

⁷⁰ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 298

Eindrücke der Patienten zu ermitteln.

Neue Befragungskonzepte setzen auf eine ereignisorientierte Befragung mit „Reportingfragen“, bei denen „Bericht“ erstattet wird, anstatt der bisher verwendeten zufriedenheitsorientierten Ermittlungsmethode. Die nachfolgende Tabelle zeigt einen Vergleich der jeweiligen Fragemethoden der verschiedenen Fragebögen. Alle dem Patienten gestellten Fragen, die auf objektiv beobachtete Verhalten oder Vorgänge gestellt wurden, wurden den Reportingfragen zugeordnet. Die Ratingfragen sind all jene Fragen, die auf ein allgemeines Zufriedenheitsempfinden gerichtet sind. Bei einigen Fragen verschwimmen diese Grenzen und können nicht eindeutig zugeordnet werden. Da aber hier ein Vergleich der Fragebögen und nicht eine Detailanalyse der Einzelfragen angestrebt wird, können diese Abweichungen vernachlässigt werden.

Fragebogen Anzahl der Fragen	Krankenhaus Vöcklabruck	Picker Institut	Projekt des Bundes- ministerium	Techniker Krankenkasse	„Outcome“ der Kärnter Kranken- anstalten
Ratingfragen	32	24	11	22	34
Reportingfragen	3	60	40	13	31
Offene Fragen	1	2	1	1	3
Sonstige Fragen	-	2	1	4	19

Tabelle 2: Fragenformat und Fragenformulierung

Im Vergleich zeigt sich die deutlich höhere Anzahl der Ratingfragen bei den Vergleichsfragebögen. Hierbei ist der Trend der „neuen“ Befragungsmethodik zu erkennen.

Eine Kombination aus Reportingfragen, Ratingfragen und einer offenen Fragestellungen würde die Kritik bezüglich der Validität der Patientenzufriedenheitsmessung mit dem Fragebogen verringern.

2.5.7.5. Die Reihenfolge der Fragestellung

Bei der Festlegung der Reihenfolge der Fragen sind drei Hauptziele zu verfolgen:

- Die Nachvollziehbarkeit
- Das Verhindern von Ausstrahlungseffekten
- Das Vermeiden von Reihenfolgeeffekten⁷¹

Sensible Fragen sollen dabei am Ende des Fragebogens gestellt werden, ebenso wie jene zu den Angaben der Person und zum Unternehmen. Anzumerken ist, dass die Frage 10, die den Gesundheitszustand betrifft, zwischen der Qualität des Essens und der Besuchszeitregelung rangiert. In Bezug auf die systematische Befragung wäre eine Reihung der Frage im Bereich der fachlichen Betreuung geeigneter gewesen.

2.5.7.6. Die äußere Gestaltung des Fragebogens

Ein übersichtlich gestalteter Fragebogen kann das Interesse an der Befragung für den Patienten steigern. Ein Augemerck muss dabei auf die Schriftgröße und auf die übersichtliche Anordnung gelegt werden.

Der Fragebogen des Krankenhauses Vöcklabruck umfasst 8 Seiten, die übersichtlich konzipiert wurden. In Bezug auf die Lesbarkeit und Übersicht hebt sich der Fragebogen von den anderen Fragebögen positiv ab.

⁷¹ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 302

2.5.7.7. Auswertung der Ergebnisse

Im Zuge der nachfolgenden Auswertung wurden die Patientenfragebögen des Jahres 2009 betrachtet. Die Rücklaufquote der beantworteten Patientenfragebögen beläuft sich im Krankenhaus Vöcklabruck auf durchschnittlich ca. 25 %. Während der Auswertung werden die Zahlen, ungeachtet der Aussagen in Bezug auf die Validität dieser Messmethode, dargestellt. In der nachfolgenden Übersicht sind die zufriedenheitsorientierten Einzelfragen dargestellt.

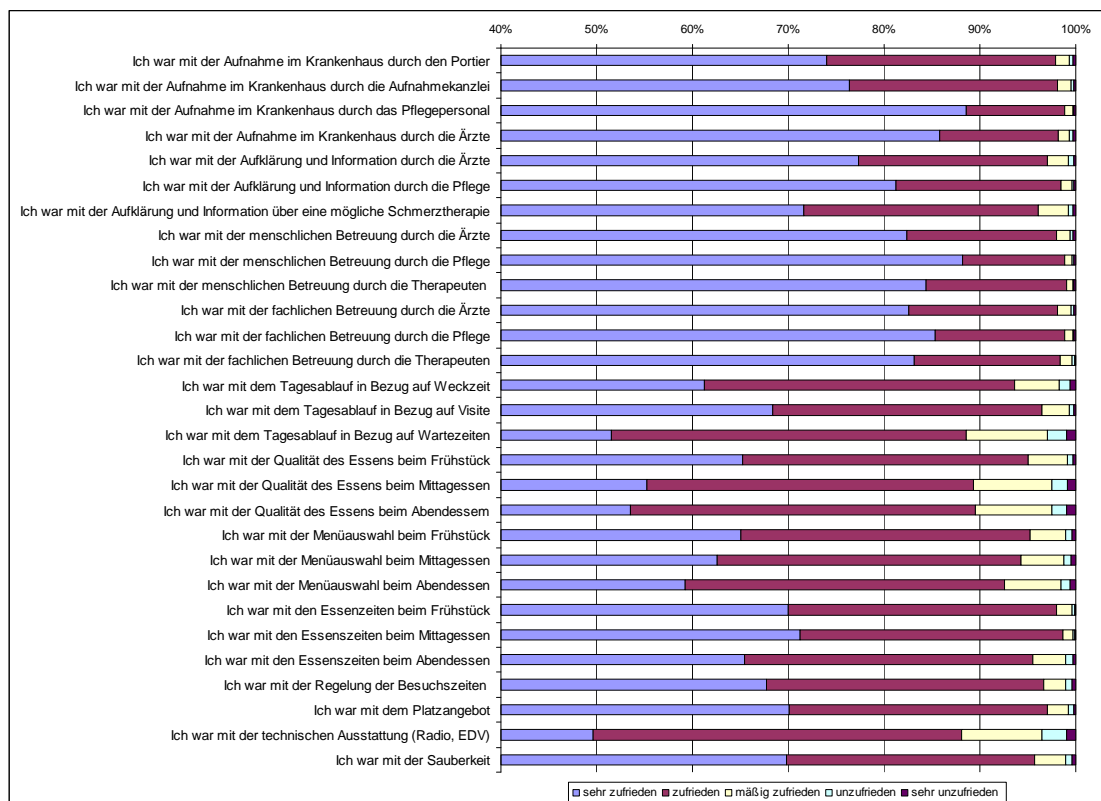


Abbildung 4: Ergebnisse der zufriedenheitsorientierten Messung

Bei der Betrachtung der Einzelfragen lässt sich deutlich herausfiltern, dass im Bereich der Serviceleistungen die Patienten im Durchschnitt eine schlechtere Bewertung abgegeben haben als bei den restlichen Fragen. Eine Zufriedenheit mit weniger als 90 % (alle Fragen, die nicht mit „sehr zufrieden“ oder mit „zufrieden“ beantwortet wurden) ist in Bezug auf den

- Tagesablauf mit den Wartezeiten,
- die Qualität des Essens und
- die technische Ausstattung der Patientenzimmer

unterschritten worden. Hierbei ist aber zu betonen, dass diese

Unzufriedenheit nicht nur im Krankenhaus Vöcklabruck präsent ist. Die Unzufriedenheit mit den Serviceleistungen ist bei beinahe allen Krankenanstalten vorhanden. In der Patientenbefragung des Deutschen Herzzentrums Berlin im Jahr 2006, die von der Techniker Krankenkasse realisiert wurde, ist ein Vergleich mit der durchschnittlichen Gesamtzufriedenheit gezogen worden. Hier kann man feststellen, dass im Bereich der Zufriedenheit mit dem Essen ein vergleichbares Ergebnis wie in Vöcklabruck erreicht wurde. Auch im übrigen Serviceleistungsbereich ist eine ähnlich allgemein schlechtere Bewertung erkennbar.

Bei den Fragen der allgemeinen Zufriedenheit mit der Leistungserbringung des Krankenhauses wurde eine Zufriedenheit größer als 95 % erreicht.

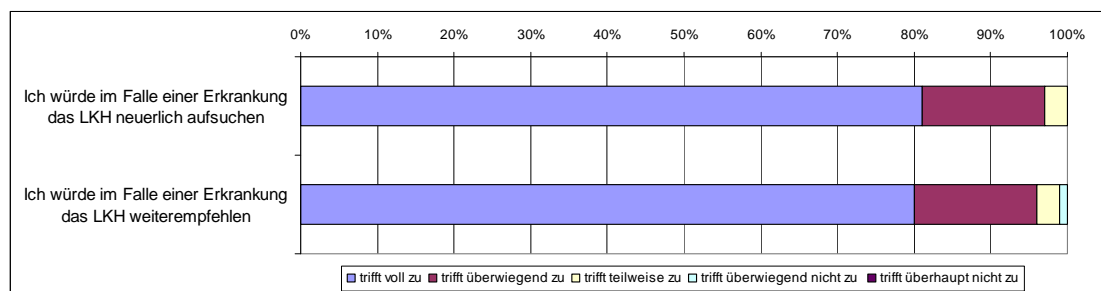


Abbildung 5: Weiterempfehlung und Wiederholungsbesuch

Hierbei ist anzumerken, dass diese Zufriedenheit im Vergleich zu deutschen Kliniken (Daten der Techniker Krankenkasse) höher ist, aber im Kontrast zu österreichischen Kliniken (Daten des Projektes „Patientinnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“) im Durchschnitt liegt.

Eine spezifische Ursachenforschung bzw. Ursachenanalyse der Ergebnisse kann anhand der derzeitigen Informationen nicht getätigt werden.

2.5.8. Beschwerdeanalyse

Den Beschwerden der Patienten wurde in den letzten Jahren immer mehr an Beachtung gewidmet. Ein systematisches Beschwerdemanagement wurde daher in vielen Krankenanstalten eingerichtet und dient als Element der Zufriedenheitsmessung. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein befriedigender Umgang mit Beschwerden die Patienten stärker an das Krankenhaus bindet und eine höhere Zufriedenheit initiiert⁷². Die Beschwerdeanalyse ist ein problemorientiertes Messverfahren der Dienstleistungsqualität. Eine Beschwerde ist dabei eine Artikulation der Unzufriedenheit eines Kunden, die gegenüber einem Dienstleistungsunternehmen vorgebracht wird, wenn der Kunde die erlebten Probleme subjektiv als gravierend betrachtet⁷³. Der Unterschied der Artikulation zur Patientenzufriedenheitsmessung ist dabei, dass bei einer Beschwerde bereits eine große Differenz zwischen Erwartung und wahrgenommener Leistung herrscht. Begleitet wird diese Unzufriedenheit auch oftmals von stark emotionalen Gefühlen der Patienten.

Die problemorientierte Messung ist zu einem Standardinstrument der Kundenzufriedenheitsmessung geworden. Die Krankenanstalten dürfen sich aber nicht nur auf die Rückmeldungen der Beschwerdemessung verlassen, da auch bei nicht gravierenden Problemen eine Unzufriedenheit entstehen kann. Eine Studie des Picker Institutes von 107 deutschen Krankenanstalten belegt, dass 11 % der Patienten sich zwar geärgert, aber nicht beschwert haben. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

- 39 % der Patienten war es nicht so wichtig
- 10 % der Patienten wussten nicht, wie
- 20 % der Patienten wussten nicht, wo
- 39 % der Patienten haben sich nicht getraut⁷⁴

Diese nicht gemessenen Beschwerden erzeugen ein Problem für die Krankenanstalten, da sich eine Unzufriedenheit einstellt, die Krankenanstalten

⁷² Vgl. Wolfram, G. (2006), S. 1139

⁷³ Vgl. Meffert, H (2009), S. 211

⁷⁴ Vgl. Wolfram, G. (2006), S. 1139

aber diese nicht messen.

Die Beschwerdeanalyse dient vorwiegend der Identifikation der Ursachen der Kundenunzufriedenheit⁷⁵. Daraus resultierend werden Verbesserungspotenziale, aus der Sicht der Patienten, aufgezeigt. Patienten, die ihre Kritik an der Krankenanstalt äußern, signalisieren ihr Interesse, durch ihre Kritik die Qualität der Krankenanstalt zu verbessern. Daher fungieren die „beschwerdewilligen“ Patienten als wichtige Zielgruppe für das Beschwerdemanagement.

Für die Krankenanstalten gibt es aber noch große Verbesserungsmöglichkeiten im Beschwerdemanagement, denn 41 % der Patienten waren gemäß einer Studie des Picker Institutes mit dem Umgang ihrer Beschwerde nicht zufrieden. Angesichts der Tatsache, dass diese Unzufriedenheit wiederum in einer negativen „Mund-zu-Mund“-Kommunikation enden kann und somit einen Image-Verlust des Krankenhauses hervorruft, ist hier noch ein Handlungsbedarf deutlich.

⁷⁵ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 211

2.5.8.1. Beschwerdemanagement im Krankenhaus Vöcklabruck

Im Krankenhaus Vöcklabruck ist eine Beschwerdestelle eingerichtet worden. Damit jeder Patient seine Beschwerden äußern kann und nicht wegen Verwaltungsbarrieren seinen Unmut stillschweigend, sind auf jeder Abteilung Patientenbeschwerdebögen und eine anonyme Einwurfmöglichkeit in einen Briefkasten installiert. Die Patienten können aber auch mit einer Mitarbeiterin des Krankenhauses persönlich über die Beschwerde sprechen. Die Beschwerden werden alle von der Mitarbeiterin des Beschwerdemanagements bearbeitet und dokumentiert.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	M	N	O	P	Q	R
1												A-Auswahl/Angebot			H-Hygiene	
2												E-Erkrankung/Erkrankung			M-Massnahmen/Garten	
3												F-Frischeubereitung			I-Broschüren/Zeitung	
4												G-Geschmack			BE-Befunde	
5												P-Portion			T-Tilf/Internet/EDV/Telex	
6												S-Service			PA-Parkplatz	
7												Z-Zeitpunkt/Menüausgabe			BZ-Besuchzeit	
8															K-Kiosk - Erstattung ab	
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																

Abbildung 6: Beschwerdendokumentation

Bei der Rückmeldung muss prinzipiell die Problemlösung bzw. die Wiedergutmachung im Vordergrund stehen⁷⁶.

Die völlige Zufriedenheit aller Patienten zu erreichen, wird (fast) nicht möglich sein. Damit von den Rückmeldungen Erkenntnisse und Maßnahmen abgeleitet werden können, werden die Beschwerden innerhalb von 6 Monaten auf Häufigkeiten verglichen.

⁷⁶ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 213

2.5.8.2. Auswertung der Beschwerden

Im Zeitraum vom 1. Jänner 2010 bis zum 30. Juni 2010 sind 1.038 Patientenrückmeldungen bei der Info- und Beschwerdestelle eingegangen. 571 davon waren Beschwerden. In der folgenden Abbildung werden die häufigsten Beschwerden veranschaulicht.

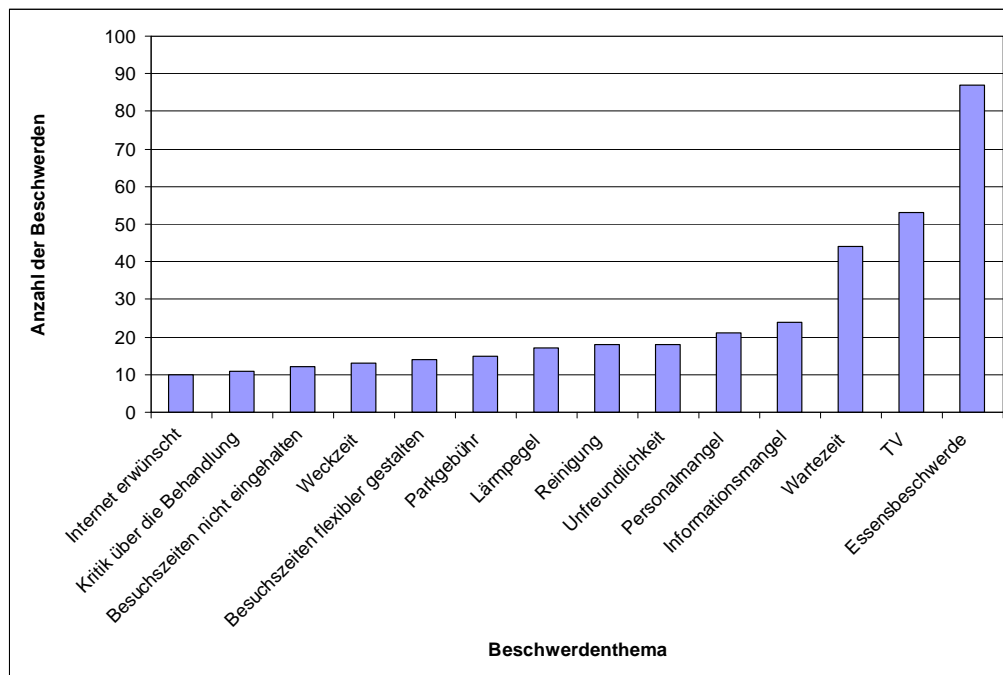


Abbildung 7: Beschwerdehäufigkeit im Krankenhaus Vöcklabruck

Bei Betrachtung der häufig genannten Beschwerden ist ein klarer Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheitsanalyse zu erkennen. Wie auch bei der Zufriedenheitsanalyse haben bei den Beschwerden die Serviceleistungen am schlechtesten abgeschnitten. Die häufigsten Beschwerden werden über das Essen getätigt. Auffallend ist, dass die Beschwerden über fehlendes Internet, im Vergleich mit dem TV, relativ gering sind. Die Beschwerden im Servicebereich spiegeln die allgemeine schlechtere Zufriedenheit mit dieser Dienstleistung wider.

Bei der Betrachtung der Anzahl der Beschwerden je Station sind erhebliche Unterschiede feststellbar. Es ist ersichtlich, dass eine große Differenz zwischen dem Bereich mit den meisten Beschwerden, der Kinderstation mit 73, und den Stationen mit den wenigsten Beschwerden <10 (in der Abbildung nicht dargestellt) klafft.

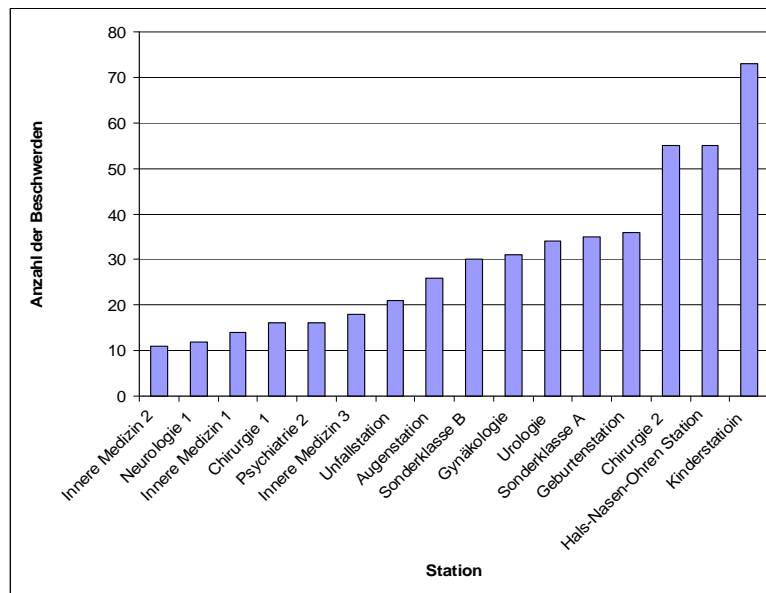


Abbildung 8: Beschwerdehäufigkeit nach Stationen

Bei einer reinen Betrachtung der relativen Häufigkeit ist festzustellen, dass drei Stationen hervorragen. Durch Eliminierung von Beschwerden, auf die die Stationen keinen Einfluss haben, Qualität des Essens, Parkgebühren, TV und Internet, ergibt sich ein durchaus anderes Bild.

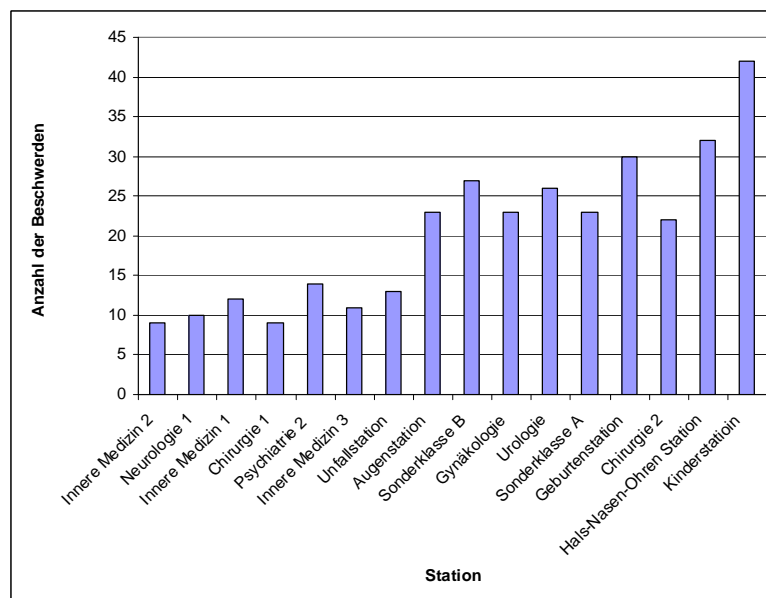


Abbildung 9: Korrigierte Beschwerdehäufigkeit nach Stationen

Nach Korrektur dieser Beschwerden ist erkennbar, dass die Chirurgie 2 von der zweiten auf die neunte Stelle zurückfällt. Damit ein aussagefähiges Ergebnis erreicht wird, müssen die einzelnen Beschwerden genauer analysiert werden.

2.6. Umweltanalyse

2.6.1. Einteilung der Umwelt

Bei der Umweltanalyse erfolgt eine analytische Auseinandersetzung mit der Ausgangssituation. Ziel ist das Erkennen von Gegebenheiten und Veränderungen, die für die Ausrichtung der Marketingstrategie bedeutsam sind⁷⁷. Für eine Reduktion der Komplexität der gesamten Umweltbedingungen wird eine Einteilung in die

- globale Umwelt und die
- Aufgabenumwelt⁷⁸

vorgenommen.

Die globalen Umweltbedingungen sind branchenunabhängig und vom Handeln des eigenen Krankenhauses nicht beeinflussbar, wie zum Beispiel die demographische Entwicklung der Bevölkerung oder die politischen Rahmenbedingungen. Für die Krankenanstalten ist es wichtig, diese Umweltbedingungen zeitnahe zu ermitteln, um sich an die Änderungen bestens anpassen zu können. Marktbeobachtung und Informationsgewinnung sind wichtige Parameter, die erhoben werden müssen.

Die Aufgabenumwelt umschließt den eigenen Markt, auf dem die Dienstleistung angeboten wird, und kann vom Krankenhaus aktiv beeinflusst werden. Die Analyse der Aufgabenumwelt erfolgt mit der Marktanalyse, bei der die Wettbewerbsstruktur, die Kunden und das eigene Unternehmen analysiert werden. Die Handlungen der Konkurrenten müssen für das eigene Handeln berücksichtigt werden. Konkurrenzvorteile müssen geschaffen werden, damit die bisherige örtliche Gebundenheit der Patienten zu einer Verbundenheit mit dem Unternehmen führt.

⁷⁷ Vgl. Homburg, C (2009) S. 450

⁷⁸ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 13

2.6.2. Marktanalyse

Aufgrund reglementierender gesetzlicher Rahmenbedingungen stand derzeit für die Krankenhausleitungen das operative Management im Fokus. Wegen der wechselnden Umweltbedingungen müssen nun aber auch strategische Planungen vorgenommen werden, damit ein dauerhafter Wettbewerbsvorteil erzielt wird. Veränderungen der Umwelt sollen dabei möglichst früh erkannt werden, damit darauf effizient reagiert werden kann. Bei der Marktanalyse vollzieht sich dabei eine ganzheitliche Betrachtung des Marktes der Krankenanstalt⁷⁹. Die Aufgabe besteht darin, Potenziale, Entwicklungen und Bedingungen des regional relevanten Marktes zu identifizieren. Die Untersuchung des relativen Marktes erzeugt eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Formulierung der Marketingstrategie⁸⁰. Die Unterteilung erfolgt in drei Bereiche:

- Kunden am relevanten Markt
- Mitbewerber an relevanten Markt
- Situation des eigenen Unternehmens

Für die Marktanalyse muss zuerst der relevante Markt abgegrenzt werden. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wurde Österreich in Versorgungsregionen und Versorgungszonen unterteilt.



Abbildung 10: Versorgungsregionen⁸¹

⁷⁹ Vgl. Lüthy, A./Buchmann, U. (2009), S. 103

⁸⁰ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 459

⁸¹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009), S. 9

Die Zuständigkeit der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich durch das Einzugsgebiet in der Versorgungsregion für das Krankenhaus geregelt. Das Krankenhaus Vöcklabruck liegt in der Versorgungsregion 45. Diese Region besteht aus den Bezirken Vöcklabruck und Gmunden. Diese Regionen erzeugen eine politische Grenze, dies hindert aber Patienten nicht daran, sich in einer Krankenanstalt einer anderen Versorgungsregion behandeln zu lassen. Für die Behandlung eines Notfalls wird in der Regel das nächstgelegene Krankenhaus, das die Versorgung der Verunglückten sicherstellen kann, aufgesucht. Aber für planbare Behandlungen werden die Patienten auch längere Anreisewege auf sich nehmen, um die Behandlung im Krankenhaus ihrer Wahl vornehmen zu lassen.

Die Abgrenzung der relevanten Märkte für Krankenanstalten hat für die Gerichte und Wettbewerbsbehörden im amerikanischen, aber auch im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. In einem veröffentlichten Beschluss stellte der deutsche Bundesgerichtshof klar, dass auch Krankenhäuser den Fusionskontrollregeln unterliegen⁸². In der Folge wird eine Definition der Marktabgrenzung in räumlicher und in sachlicher Sicht vorgenommen⁸³.

Für die räumliche Abgrenzung werden Patientenströme betrachtet. Hierbei sind, aufgrund der Krankenhausdichte, zwischen Krankenanstalten im ländlichen Bereich und Krankenanstalten in Ballungszentren enorme Unterschiede festzustellen. Ein regionaler Markt liegt vor, wenn weniger als 10 % der Patienten aus benachbarten Regionen stammen.⁸⁴ Dabei werden die Regionen anhand der Postleitzahlen festgestellt.

Bei der Betrachtung der Patientenströme ist auffällig, dass fast 18 % der Patienten aus dem Einzugsgebiet von Gmunden kommen. Aus den Bezirken Wels und Ried im Innkreis stammen hingegen weniger als 1 % der Patienten.

⁸² Vgl. BGH Urteil vom 16. Januar 2008 (Az.: KVR 26/07)

⁸³ Vgl. Klauber, J./Robra, B./Schnellschmidt, H. (2007), S. 58

⁸⁴ Vgl. Klauber, J./Robra, B./Schnellschmidt, H. (2007), S. 58

			Daten	
Name kurz	Bezirk	Bundesland	Fälle	in %
VB	Vöcklabruck	OO	25.409	79,29%
	Gmunden	OO	5.687	17,75%
	Wels-Land	OO	170	0,53%
	Grieskirchen	OO	148	0,46%
	Linz	OO	110	0,34%
	Wels	OO	89	0,28%
	Braunau am Inn	OO	83	0,26%
	Kirchdorf an der Kre	OO	80	0,25%
	Ried im Innkreis	OO	78	0,24%
	Linz-Land	OO	63	0,20%
	Schärding	OO	52	0,16%
	Perg	OO	14	0,04%
	Freistadt	OO	14	0,04%
	Steyr-Land	OO	13	0,04%
	Rohrbach	OO	13	0,04%
	Urfahr-Umgebung	OO	12	0,04%
	Steyr	OO	6	0,02%
	Eferding	OO	5	0,02%
VB Ergebnis			32.046	100,00%
Gesamtergebnis			32.046	100,00%

Abbildung 11: Patientenstromanalyse

Somit ist eindeutig, dass keinesfalls ein regionaler Markt vorhanden ist. Speziell zwischen Gmunden und Vöcklabruck sind deutliche Patientenstrombewegungen festzustellen. Eine genauere Betrachtung der Gründe für einen derartig großen Anteil der Patienten aus dem Bezirk Gmunden (vielleicht wird die Leistung im Krankenhaus Gmunden nicht angeboten) wird hier nicht weiter untersucht. Diese Betrachtung soll nur verdeutlichen, dass die örtliche Ferne zwischen Gmunden und Vöcklabruck keine wesentliche Barriere für die Patienten bildet.

Bei dem Ergebnisbericht von Gesundheitseinrichtungen, der in Kooperation der Bertelsmann Stiftung, der Techniker Krankenkassa und dem Picker Instituts im Oktober 2006 veröffentlicht wurde, ist ebenfalls identifiziert worden, dass die räumliche Nähe bei der Entscheidung für die Krankenanstalt nur eine untergeordnete Rolle spielt, wobei natürlich eine gute Erreichbarkeit für die Patienten und Besucher wünschenswert ist.

Ebenso kann man aufgrund der steigenden Mobilität Rückschlüsse ziehen. Durch die wachsende Mobilität können und werden auch die Leistungen von öffentlichen Krankenhäusern anderer Regionen in Anspruch genommen. Der Grad der Mobilität hat sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erhöht und liegt derzeit bei 521 Pkws pro 1.000 Einwohner⁸⁵. Durch die immer besser werdende Mobilität wird auch der durchschnittliche Weg der Bevölkerung immer

⁸⁵ Vgl. o. V. (2010),

http://www.statistik.at/web_de/services/wirtschaftsatlas_oesterreich/verkehr/index.html (17.12.2010)

länger. In Niederösterreich war der durchschnittliche werktägliche Weg zum Arbeitsplatz im Jahr 2003 ca. 20,1 km weit. 2008 betrug diese Entfernung schon 20,9 km⁸⁶. Die geographischen Gegebenheiten werden bei immer größer werdender Mobilität immer weniger ein Hindernis repräsentieren, um ein anderes Krankenhaus in einem anderen Bezirk aufzusuchen.

Eine Betrachtung der Patientenströme der Konkurrenzkrankenanstalten ist aufgrund fehlender Daten nur begrenzt möglich, aber die Abgrenzung des relevanten Marktes ist nicht erforderlich, da die eigene Patientenstromanalyse aussagekräftig ist.

Die Betrachtung der sachlichen Abgrenzung erweist sich problematischer als die räumliche, da die Krankenanstalten eine Vielzahl an differenzierten Leistungen anbieten. Ein Krankenhaus kann nur eine Konkurrenz repräsentieren, wenn es dieselbe oder eine substituierbare Leistung anbietet. Für verschiedene fachspezifische Leistungen kann der relevante Markt vergrößert oder verkleinert werden. Diese Leistungen müssen in eigenen Patientenstromanalysen betrachtet werden. Hierbei muss aber noch eine Unterteilung zwischen allgemeinen und Spezialkrankenanstalten vorgenommen werden, da Spezialkrankenanstalten hierbei nicht begutachtet werden. Da aber die Krankenanstalten, die in die räumliche Abgrenzung fallen, alle allgemeine Krankenanstalten sind, wird keine weitere Abgrenzung vorgenommen.

⁸⁶ Vgl. o. V. (2010) <http://noe.arbeiterkammer.at/online/pendeln-in-niederoesterreich-55181.html> (17.12.2010)

2.6.3. Die Kunden am relevanten Markt

Die Kunden am relevanten Markt sind in erster Linie die Einwohner im Einzugsgebiet. Im Bezirk Vöcklabruck leben ca. 127.000 Menschen⁸⁷. Neben den aktuellen Kunden im Einzugsgebiet können aber auch noch potenzielle Kunden anderer Versorgungsregionen gewonnen werden. Aufgrund der freien Arztwahl gibt es keine wesentlichen Einschränkungen in Österreich bei der Auswahl der Krankenanstalt. Patienten werden aber nicht für alle Leistungen bereit sein, große Anreisewege in Kauf nehmen, für Spezialleistungen, für die sich Krankenanstalten spezialisiert haben, oder für Krankenanstalten, die ein gutes Image haben, werden Patienten eher geneigt sein, auch längere Fahrtwege zu bestreiten.

Die Nachfrage der medizinischen Leistung ist abhängig vom Wohlbefinden der Kunden, da in der Regel (Ausnahmen wie beispielsweise bei der Geburt eines Kindes) die Menschen nur bei gesundheitlichen Beschwerden das Krankenhaus aufsuchen. Die Beschwerden der Bevölkerung werden von einigen Faktoren beeinträchtigt, die erhoben, analysiert und für die Marketingstrategie, vor allem bei dem Leistungsspektrum, berücksichtigt werden müssen.

Für die dauerhafte Kundenbindung der aktuellen Kunden und für die Gewinnung potenzieller Kunden ist die Kundenzufriedenheit ein entscheidender Faktor. Neben der Zufriedenheitsmessung können auch durch eine Einweiseranalyse oder eine Einzugsgebietsanalyse mögliche Schwachstellen oder Potenziale aufgezeigt werden.

⁸⁷ Vgl. o. V. (2010)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerungsstand/index.html (31.10.2010)

2.6.4. Marktteilnehmer – Konkurrenzanalyse

Die Konkurrenz ist Antriebsmotor in der freien Marktwirtschaft. Sie sorgt dafür, dass die Ressourcen effektiv eingesetzt werden. Auch das Gesundheitswesen ist derzeit durch den steigenden Wettbewerb geprägt. Für den Bereich der Krankenanstalten kann dabei eine grundlegende Unterscheidung zwischen dem ländlichen Bereich und den Ballungszentren, in denen die Krankenhausdichte höher ist und ein größerer Wettbewerb besteht, identifiziert werden. Wettbewerb bedeutet dabei, dass mindestens zwei Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitswesen um dieselben Patienten konkurrieren. Die Konkurrenzanalyse hat das Ziel, Informationen über die Mitbewerber zu ermitteln sowie zu analysieren⁸⁸ und diese sinnvoll bei der Planung und Entwicklung der eigenen Marketingstrategien anzuwenden⁸⁹. Sie ist ein wichtiges Instrument für die eigene Ausrichtung und Positionierung am Gesundheitsmarkt. Mit ihrer Hilfe soll das Management eine Unterstützung bei der Analyse, Entwicklung und Umsetzung der Unternehmensstrategie bekommen. Die stetige Beobachtung der Konkurrenten ist ein bedeutender Teil der Konkurrenzanalyse, denn auch die Konkurrenten werden sich auf die verändernden Umweltbedingungen einstellen.

Die Konkurrenzanalyse für ein Krankenhaus kann dabei in sechs Schritten ablaufen:

1. Definition der Hauptkonkurrenz
2. Sammlung aller verfügbaren Informationen zur Konkurrenz
3. Identifikation der Leistungskriterien
4. Bewertung der Konkurrenz
5. Vergleich der Stärken und Schwächen
6. Ableitung von Maßnahmen⁹⁰

⁸⁸ Vgl. Lüthy, A./Buchmann, U. (2009), S. 113

⁸⁹ Vgl. Elste, F. (2004), S. 149

⁹⁰ Vgl. Lüthy, A./Buchmann, U. (2009), S. 113

2.6.4.1. Definition der Hauptkonkurrenz

Der Wettbewerb ist gekennzeichnet durch die Rivalität der etablierten Anbieter und die Bedrohung des Marktes durch potenzielle Konkurrenten. Die Konkurrenten können dabei in zwei Gruppen unterteilt werden:

- aktuelle Konkurrenz und
- potenzielle Konkurrenz⁹¹.

Für die differenziertere Betrachtung kann eine Unterscheidung in Konkurrenten für ambulante und stationäre Dienstleistungen vorgenommen werden. Potenzielle Konkurrenten werden es schwer haben, stationäre Dienstleistungen im Ausmaß der Krankenanstalten anzubieten, da wesentliche Markteintrittsbarrieren bestehen, die für den ambulanten Gesundheitsmarkt nicht existieren.

Abgesehen von wenigen Privatkliniken, die nur sehr differenzierte Dienstleistungen anbieten, haben die Krankenhäuser in den Regionen aufgrund der geographischen Lage der Konkurrenten wenig Konkurrenz. Der Gegensatz dazu sind Ballungszentren und Großstädte wie zum Beispiel die Landeshauptstadt Linz mit ca. 200.000 Einwohnern und acht Krankenanstalten. Die Konkurrenz fördert die Effektivität und die Effizienz der angebotenen Dienstleistungen. Für das Krankenanstaltenwesen wird jedes Jahr viel Geld investiert, deshalb können trotz der Markteintrittsbarrieren private Investoren versuchen, sich auf dem Gesundheitsmarkt zu positionieren.

Im Bereich der ambulanten Dienstleistungen muss differenziert werden, wer für die Krankenanstalten als Konkurrent gilt und welche Marktteilnehmer Kooperationspartner sind.

In Oberösterreich gibt es derzeit sieben Krankenanstaltenträger mit unterschiedlicher Anzahl an Krankenanstalten, die sich den überwiegenden Teil der stationären Dienstleistungen teilen. Die Krankenanstalten sind alle fondfinanzierte Krankenanstalten, wobei aber die Krankenanstaltenträger

⁹¹ Vgl. Vollert, K (2006), S. 26

verschiedenen politischen Einflüssen ausgesetzt sind. Zu den Trägern zählen:

- Die Stadt Linz mit dem allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz
- Das Land Oberösterreich mit den Kliniken der Gespag
- Die Vinzenzgruppe mit den Kliniken der Barmherzigen Schwestern Linz und Ried
- Die Tau Gruppe mit der Klinik St. Josef im Braunau der Franziskanerinnen von Vöcklabruck und 19 % am Klinikum Wels-Grieskirchen
- Die Kreuzschwestern Europa Mitte GmbH mit dem Klinikum Wels-Grieskirchen der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz 81 %
- Elisabethinen Krankenhaus in Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz
- Die Allgemeine Unfallversicherung mit dem Unfallkrankenhaus Linz

Bei räumlicher Betrachtung der Konkurrenten können anhand der Patientenstromanalyse die Krankenanstalten in einem Umkreis von 30 Kilometern als Hauptkonkurrenz erachtet werden.

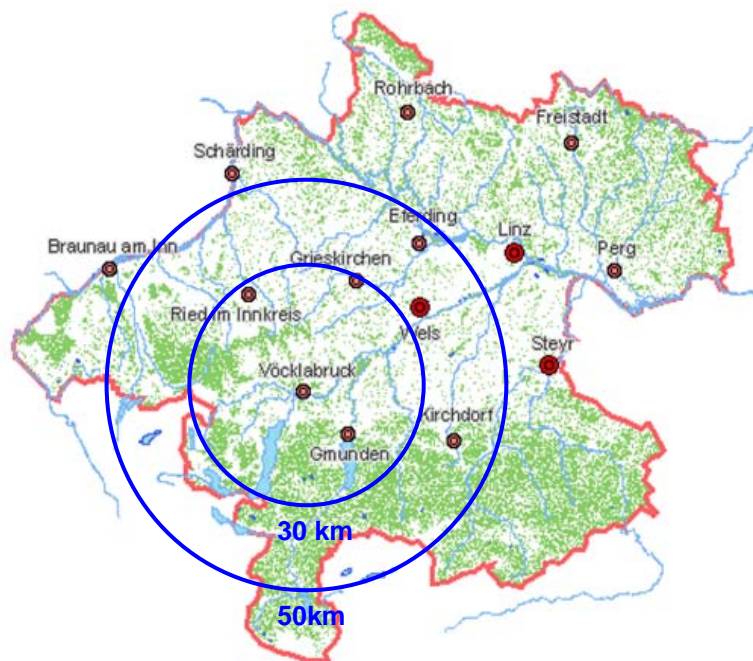


Abbildung 12: Geographische Karte Oberösterreichs

Für das Krankenhaus Vöcklabruck erscheinen folgende Krankenanstalten als Konkurrenten relevant:

- Krankenhaus Gmunden
- Klinikum Wels-Grieskirchen
- Barmherzige Brüder Ried

In Bezug auf das Krankenhaus Gmunden muss angemerkt werden, dass das Krankenhaus Gmunden zum selben Krankenhausträger wie das Krankenhaus Vöcklabruck gehört. Obwohl das Krankenhaus Gmunden zum selben Verbund zählt, ist es ein Mitbewerber um die Patientenversorgung. Eine Beobachtung muss stattfinden, wenn auch Marketingstrategien gegen das Krankenhaus Gmunden kaum anwendbar sind.

Aus sachlicher Betrachtung können jedoch weitere Krankenanstalten bzw. Fachabteilungen von Krankenanstalten als Konkurrenten eingestuft werden. So hat beispielsweise die orthopädische Abteilung des Krankenhauses Kirchdorf ein sehr gutes Image und kann daher für planbare Eingriffe eine potenzielle Konkurrenz darstellen.

2.6.4.2. Sammlung relevanter Daten der Mitbewerber

Für die Sammlung von Daten muss Marktforschung betrieben werden. Dabei werden systematisch Informationen von den relevanten Marktteilnehmern gesammelt, analysiert und interpretiert. Angaben über die Spezialisierungsbereiche und Auslastungskapazitäten anderer Kliniken lassen wichtige Rückschlüsse für die eigene Positionierung und Entwicklung ziehen⁹².

Daten von Mitbewerbern können aus veröffentlichten Sekundärdaten, wie veröffentlichte Qualitätsberichte oder Informationen des Bundesministeriums, oder aus einer Erhebung von Primärdaten stammen. Hilfreiche Daten können auch veröffentlichte Qualitätsberichte bilden. Nachfolgende Abbildung dokumentiert beispielsweise einen Auszug der Top-30 DRG's nach absoluten Fallzahlen vom Krankenhaus Ried, die im Qualitätsbericht veröffentlicht wurden.

Rang	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	Krebsbehandlung mit Medikamenten (Chemotherapie)	1796
2	Grauer Star Operation	1169
3	Laserbehandlung von Netzhautveränderungen	628
4	Erkrankung der Bauchspeicheldrüse	610
5	Rückenschmerzen (akut und chronisch)	602
6	Endbindung (Normalgeburt und Kaiserschnitt)	594
7	Versorgung eines akuten Schlaganfalles in auf einer Spezialeinheit	518

Abbildung 13: Auszug der Top-30 DRG's Krankenhaus Ried⁹³

Es ist erkennbar, dass die Krebsbehandlung, ebenso wie in Vöcklabruck, als Schwerpunkt im Krankenhaus Ried fungiert.

⁹² Ennker, J./Pietrowski, D. (2009), S. 160

⁹³ Quelle: o. V. (2008), S. 12

2.6.4.3. Identifikation der Leistungskriterien

Bei der Identifikation der Leistungskriterien werden insbesondere die Konkurrenzvorteile analysiert. Bei dem Vergleich der Krankenanstalten und der Identifikation der Wettbewerbsvorteile müssen folgende Kriterien bedacht werden:

- der Vorteil muss vom Patienten wahrgenommen werden
- der Vorteil muss für den Patienten von Bedeutung sein
- der Vorteil muss eine Dauerhaftigkeit aufweisen

Dies ist prägnant, damit der Vorteil nicht schnell von der Konkurrenz einholbar bzw. imitierbar ist⁹⁴.

In verschiedenen Konkurrenzprofilen werden die Ergebnisse standardisierter Wettbewerbsanalysen publiziert. Zentrale Fragestellungen sind dabei:

- Strategische Ausrichtung
- Der medizinische Schwerpunkt
- Die medizinische Ausstattung
- Das Image des Krankenhauses
- Die Zufriedenheit der Patienten
- Das Auftreten des Krankenhauses

⁹⁴ Vgl. Homburg, C (2009), S. 475

2.6.4.4. Die Bewertung der Konkurrenten

Für die Bewertung der Konkurrenten kann eine Einteilung in strategische Gruppen vorgenommen werden⁹⁵. Aufgrund des komplexen Leistungsangebotes der Krankenanstalten ist es nicht sinnvoll, Krankenanstalten als Ganzes zu betrachten, sondern vielmehr, strategische Schwerpunktfelder den Angeboten gegenüber zu stellen. Bei der Bewertung der Konkurrenten sind insbesondere die Ziele, die Fähigkeiten und die Strategien zu beurteilen.

⁹⁵ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 27

2.6.4.5. Vergleich der Stärken und Schwächen

Der Vergleich der Stärken und Schwächen wird mithilfe der SWOT-Analyse durchgeführt. Die SWOT-Analyse (Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats) dient zum Aufbau von Wettbewerbsvorteilen, indem eine Umweltanalyse die Chancen und Risiken des Dienstleistungsunternehmens widerspiegelt und eine Ressourcenanalyse die Stärken und Schwächen feststellt⁹⁶. Das Ziel der Analyse ist die Beschreibung der „Ist“-Situation, das Erkennen von Schwachstellen in Verbindung mit Risiken sowie der Ausbau der unternehmenseigenen Stärken als Chance des Wettbewerbsvorteils gegenüber der Konkurrenz. Im Bereich der Gesundheitsökonomie wurde aber die SWOT-Analyse bisher, in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit, kaum untersucht⁹⁷.

Unter den Chancen kann man den demographischen Wandel einreihen. Krankenanstalten, die frühzeitig das Leistungsportfolio auf die zukünftige Nachfrage ausrichten, haben ein enormes Wachstumspotenzial.

Bei den Risiken erscheint insbesondere der neue Wettbewerb am Gesundheitsmarkt ausschlaggebend.

Im Rahmen der Ressourcenanalyse werden die Stärken, die spezielle Fähigkeiten des Unternehmens repräsentieren und somit zum Aufbau von Konkurrenzvorteilen führen, ermittelt. In einem reinen dienstleistungsorientierten Unternehmen wie dem des Krankenhauses leisten die Mitarbeiter einen besonders hohen Beitrag für die Stärken des Unternehmens im Vergleich zu den Konkurrenten. Die Qualität der Dienstleistung wird durch die Mitarbeiter bestimmt.

⁹⁶ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 122

⁹⁷ Vgl. Klauber, J./Robra, B./Schellschmidt, H. (2009), S. 137

2.6.4.6. Das Auftreten auf dem Markt bzw. die Wahrnehmung der Patienten

Das Auftreten auf dem Markt ist zu einem wichtigen Aspekt der Kundengewinnung geworden. Neue Medien wie das Internet forcieren eine Präsentation des eigenen Leistungsspektrums für eine große Anzahl von Patienten.

Durch das große Informationsangebot, die das Internet offeriert, können die Patienten die Krankenanstalten miteinander vergleichen

2.6.4.7. Kennzahlenvergleich

Ein objektiver Vergleich der Krankenanstalten kann mithilfe von veröffentlichten Kennzahlen erfolgen. Kennzahlen wie beispielsweise die Belagstage je Diagnose, Kennzahlen aus der Antibiotikastatistik oder Infektionsraten erteilen Rückschluss über die eigene Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den Konkurrenten. Im Internetportal „Spitalskompass“ des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) können beispielsweise die Leistungen und Diagnosen der Krankenanstalten in Bezug auf die Anzahl der Leistungserbringung und die durchschnittliche Belagsdauer verglichen werden. Bei der Spitalssuche können verschiedene Hotelkomponenten berücksichtigt werden.

Zur Förderung des Kennzahlenvergleichs (Benchmarking) baut die gespag ein umfassendes Kennzahlensystem auf⁹⁸. Mithilfe dieses Systems können gespag-interne Vergleiche angestrebt werden.

⁹⁸ Vgl. Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.), S. 16

2.7. Leistungspolitik

Im Wandel der Konsumgütergesellschaft ist die Auswahl der angebotenen Leistungen ein wesentlicher Bestandteil einer kundenorientierten Unternehmensführung. Die Erforschung nach den Bedürfnissen der Kunden, die die Nachfrage für Güter und Dienstleistungen darstellt, hat sich zu einem wesentlichen Faktor eines erfolgreichen Unternehmens etabliert.

Auch im Bereich des Gesundheitswesens hat die finanzielle Situation die Krankenanstalten dazu getrieben, das Leistungsangebot zu optimieren und unnötige Doppelgleisigkeiten zu beseitigen. Für ein öffentliches landesfondfinanziertes Krankenhaus gibt es gewisse ethische und moralische Verpflichtungen, aber auch einen öffentlichen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung, die den betriebswirtschaftlichen Möglichkeiten der Leistungspolitik Grenzen aufzwingt. Die Vorgaben der Politik, die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2008) und im regionalen Strukturplan Gesundheit Oberösterreich (RSG 2008) verankert sind, stellen wesentliche Beschränkungen für die freie Entfaltung des Leistungsportfolios dar. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist ein Leistungsangebotsplan, der als Rahmenplan für die Versorgungsregionen und Versorgungszonen gilt⁹⁹. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit enthält Vorgaben für

- Qualitätskriterien und
- Mindestfallzahlen.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit soll eine überregionale Koordination im Gesundheitsbereich sicherstellen, die Detailplanung obliegt den Bundesländern und den Krankenanstalten, sodass gewisse Handlungsräume für die Leistungspolitik existieren.

Für das Leistungsangebot einer Krankenanstalt muss immer auch bedacht werden, dass Änderungen im Leistungsangebot auch Änderungen in der Infrastruktur, im Personalbereich oder in der medizintechnischen Ausstattung bedeuten. Es sind daher ebenfalls stets die finanziellen Mittel des Krankenhausträgers in ein Konzept, das über viele Jahre Geltung haben muss, zu integrieren.

⁹⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009), Vorbemerkungen

Die Vergütung der angebotenen Leistungen wird über festgelegte Tarife mit dem Landeskrankenanstaltenfond abgerechnet. Damit das Jahresergebnis verbessert werden kann, lässt sich daher nur die Produktivität durch einen effizienteren Ressourceneinsatz optimieren. Die angebotenen Leistungen des Krankenhauses Vöcklabruck im Kernleistungsbereich der Patientenversorgung können nicht mit einem Gewinn offeriert werden. Die Devise des Krankenhauses ist daher nicht die Gewinnmaximierung, sondern vielmehr, den Verlust, die Abgangsdeckung, zu minimieren.

Die Optimierung der Deckungsbeiträge und somit eine Verminderung der Abgangsdeckungsbeiträge sind die Ziele, die angestrebt werden müssen. Leistungen, die einen schlechteren Deckungsbeitrag erbringen, kann man nicht einfach nicht mehr anbieten, da die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sein muss. Dennoch herrscht ein gewisser Spielraum, der Handlungsmöglichkeiten in der Auswahl des Leistungsspektrums bietet. Der Versorgungsauftrag der gespag-Spitäler ist im Regionalen Strukturplan Gesundheit und dem Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan festgelegt. Die Anlage 2 enthält dabei Leistungsangebotsplanungen und Qualitätskriterien für die Krankenanstalten. Grundsätzlich treffen für die Planung der Leistungen folgende Planungsgrundsätze zu:

- „Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit: Garantie einer möglichst gleichmäßigen regionalen Versorgung mit medizinischen Leistungen
- Qualitätsprinzip: Optimale Leistungserbringung aus Sicht der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität („...“)
- Effizienzprinzip: Sicherstellung einer effizienten Leistungserbringung und Nutzung von Synergien
- Ökonomieprinzip: Beachtung von gesamtwirtschaftlicher Auswirkung und Finanzierbarkeit der geplanten Leistungsangebote;“ ...“¹⁰⁰

Die Entscheidung von Leistungsangeboten ist, da es der Zukunftssicherung von Unternehmen dient, ein Bestandteil des strategischen Managements¹⁰¹. Die Portfolioanalyse ist ein strategisches Controllinginstrument für eine systematische

¹⁰⁰ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2008), S. 30

¹⁰¹ Vgl. Sobhani, B./Kersting, T. (2009), S. 137

Erfassung und Durchleuchtung zukünftiger strategischer Chancen und Risiken.¹⁰²

Durch eine Leistungs-Markt-Strategie wird ein Gleichgewicht aus derzeitigen und zukunftsreichen Leistungen, die verstärkt forciert werden, hergestellt.

¹⁰² Vgl. Zapp, W./Oswald, J. (2009), S. 258

2.7.1. Portfolioanalyse

Die Portfolioanalyse dient der Positionierung von Analyseobjekten¹⁰³. Sie unterstützt das Management dabei, die knappen Ressourcen möglichst effektiv in bestehende und zukünftige Geschäftsfelder aufzuteilen¹⁰⁴. Die Portfolioanalyse stammt ursprünglich aus der Finanzwirtschaft und geht auf den amerikanischen Ökonom und Nobelpreisträger Max Harry Markowitz zurück, der in seiner „Portfolio-Selection-Theory“ das Problem der Steuerung von Investitionen in Wertpapieranlagen behandelt, wobei er eine optimale Kombination zwischen Renditenerwartung und Risiko zusammenstellt¹⁰⁵.

Mit der Portfolioanalyse werden strategische Geschäftsfelder auf ihre Positionierung am Markt und auf deren Potenzial in der Zukunft überprüft. Es erfolgt eine Ressourcenallokation mit Verschiebung in bestimmte Marktsegmente, in die investiert werden soll¹⁰⁶. Die Portfolioanalyse ist somit ein strategisches Instrument, mit dem der zukünftige Erfolg verschiedener Geschäftsfelder analysiert wird und deren Fortbestand vom Ergebnis der Analyse abhängig ist. Unter einem strategischen Geschäftsfeld versteht man eine relativ autonome Planungseinheit, die sich von anderen strategischen Geschäftsfeldern im Hinblick auf die markt- und wettbewerbsbedingten Einflüsse sowie betriebsinternen Bedingungen abheben¹⁰⁷.

Die Anwendung der Portfoliotheorie der Finanzwirtschaft ist aber nicht direkt für dienstleistungsorientierte Unternehmen möglich. Speziell für öffentliche Krankenanstalten sind wesentliche Unterschiede zu beachten. Das Grundmodell der „Portfolio-Selection-Theory“ wurde für den Wertpapierhandel kreiert, der durch schnelle, kurzfristige Änderungen gekennzeichnet ist. Das Portfolio im Wertpapierhandel ist im Gegensatz zu dem Portfolio eines Krankenhauses relativ schnell und einfach abänderbar.

¹⁰³ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 131

¹⁰⁴ Vgl. Bienert, M. (2009), S. 136

¹⁰⁵ Vgl. Bagusat, A. (2006), S. 121f.

¹⁰⁶ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 514

¹⁰⁷ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 20

Im Gegensatz zu anderen Dienstleistungsunternehmen ist bei einem Krankenhaus insbesondere auch der Versorgungsauftrag zu nennen, der eine Verpflichtung für gewisse Leistungen enthält. Diese Leistungen können nicht durch Normstrategien des Portfoliomanagements verändert werden. Bei Produktions- und Dienstleistungsportfolios ist auch noch der wichtige Produktlebenszyklus eines Produktes zu nennen. Produkte und Dienstleistungen sind durch verschiedene Marktlebenszyklusphasen gekennzeichnet. Für ein allgemeines Krankenhaus erscheinen dabei nicht die Entwicklungs- oder die Forschungskosten maßgeblich, sondern vielmehr Investitionskosten von Großgeräten oder baulichen Veränderungen, die finanziert werden müssen. Der Zyklus wird meist durch neue Behandlungstherapien oder Neuheiten in der Forschung eingeleitet oder beendet.

Ausgangspunkt der Portfolioanalyse ist die Bildung von strategischen Geschäftsfeldern die als Grundeinheiten des Gesamtunternehmens dienen¹⁰⁸. Homburg bezeichnet diese strategischen Geschäftsfelder als strategische Geschäftseinheiten (SGE), Meffert/Bruhn bezeichnen sie einfach als Analyseobjekte. Ein strategisches Geschäftsfeld muss eine organisatorische Einheit im Unternehmen mit einer eigenständigen Marktaufgabe sein¹⁰⁹. Ein wesentliches Kennzeichen der ist somit die Abgrenzbarkeit zu anderen Geschäftsfeldern. Sie sind für sich lenkbar, und es können somit eigene Ziele bestimmt werden. Die Definition der Geschäftsfelder in einem Krankenhaus für die Portfolioanalyse kann nicht eindeutig differenziert werden. Strategische Geschäftsfelder können einzelne Kliniken, Abteilungen oder einzelne LKF-Gruppen darstellen¹¹⁰. Bei der Bildung müssen aber die Anforderungen der spezifischen Marktaufgabe, der Eigenständigkeit, eigener Erfolgspotenziale und der eigenständigen Führung gegeben sein¹¹¹. Die Herausforderung bei der Bildung der strategischen Geschäftsfelder ist, dass sie nach Ressourcen und Kompetenzen eine möglichst abgegrenzte Gruppe darstellen. Für die Strukturen einer Krankenanstalt können die jeweiligen Fachabteilungen ein

¹⁰⁸ Vgl. Zapp, W./Oswald, J. (2009), S. 258

¹⁰⁹ Vgl. Homburg, C. (2009), S. 417

¹¹⁰ Vgl. Greiling, M./Muszynski, T. (2008), S. 106

¹¹¹ Vgl. Vollert, K. (2006), S. 20

strategisches Geschäftsfeld bilden. Man muss aber beachten, dass es zwischen den Fachabteilungen in einem Krankenhaus Abhängigkeiten gibt. Wird beispielsweise eine Geburtsstation geschlossen, wird ein Säuglingszimmer bzw. die Kinderabteilung davon wesentlich betroffen sein. Werden diese Abteilungen zu einem Geschäftsfeld zusammengeschlossen, steht dies aber im Widerspruch zu der eigenständigen Führung. In England erfolgt eine Unterteilung in „clinical business units (CBU)“. Hierbei werden mehrere Abteilungen in eine Unit zusammengeschlossen. Im West Middlesex University Hospital wird beispielsweise in sechs CBU unterschieden:

- Early in Life
- Medicine,
- Surgery,
- Late in Life and Complex Care,
- Critical Care,
- Clinical Support Services

Im Leitfaden „Strategische Zielplanung“ für Krankenhäuser des hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit werden strategische Geschäftseinheiten als Bereiche, die für die strategische Weiterentwicklung des Krankenhauses als bedeutsam angesehen werden definiert¹¹². Kriterien können dabei wirtschaftliche Aspekte, rechtliche Rahmenbedingungen aber auch soziale oder ethische Gesichtspunkte darstellen.

Die Vorgangsweise bei der Portfolioanalyse unterteilt sich in drei Schritte:

- Darstellung der Ist-Situation (Ist-Portfolio)
- Entwicklung der Ziel-Situation (Ziel-Portfolio)
- Konzeption des Ziel-Portfolios (strategische Feinplanung)¹¹³

Betrachtet man ein Krankenhaus mit den angebotenen Dienstleistungen, muss neben dem ökonomischen Gleichgewichtszustand des Portfolios auch das soziale Gleichgewicht gefunden werden. Die Optimierung der Deckungsbeiträge und somit eine Reduktion der Betriebsabgangsdeckung ist

¹¹² Vgl. Andree Consult (Hrsg.) (2009), S. 29

¹¹³ Vgl. Zapp, W./Oswald, J. (2009), S. 258

nur eine von mehreren Kenngrößen, die beim Portfolio berücksichtigt werden muss.

Bei der Bewertung des Portfolios für ein Krankenhaus müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- Der Deckungsbeitrag
- Die Engpässe (OP, CT, MR, Personal etc.)
- Die Nachfrage (z. B. demographische Entwicklung)
- Die Zukunftsfähigkeit der Dienstleistung (technische Entwicklung, medizinischer Fortschritt)
- Die Interdependenz zwischen den strategischen Geschäftsfeldern¹¹⁴
- Der Versorgungsauftrag

Vor dem Hintergrund, dass die Erlöse der Leistungen durch das LKF-System vorgegeben sind, besteht die Aufgabe der Portfolioanalyse in der Anpassung an die Umwelt.

¹¹⁴ Vgl. Sobhani, B./Kersting, T. (2009), S. 4

2.7.1.1. Deckungsbeitrag

Im Mittelpunkt der meisten Betrachtungen stehen die Kosten. In Großbritannien, in den USA, aber auch bei den privat geführten österreichischen Spitälern unterliegen die angebotenen Leistungen einer rein ökonomischen Betrachtungsweise. Krankenanstalten, die den öffentlichen Versorgungsauftrag erfüllen müssen, sind in der Regel Gemeinde oder Landeskrankenanstalten. Die Spitalskosten in Oberösterreich liegen bei rund 1,7 Mrd. Euro. Die Kosten der Spitäler werden dabei zu ca. 60 % durch die LKF-Punkte erwirtschaftet, die restlichen 40 % müssen die Länder und die Gemeinden tragen. Aufgrund der stetig steigenden Abgangsdeckung der Länder und Gemeinden wird auch die Optimierung der Deckungsbeiträge der öffentlichen Krankenanstalten ein bedeutsamer Aspekt für die Zukunft. In öffentlichen Krankenanstalten mit Versorgungsauftrag gibt es mit wenigen Ausnahmen kaum Fachabteilung, die einen positiven Deckungsbeitrag erwirtschaftet.

Für die Portfolioanalyse kann daher mit gleichbleibender organisatorischer Struktur und Verrechnungsmodellen nur eine Optimierung der Deckungsbeiträge angestrebt werden. Der Deckungsbeitrag ist in der Portfoliobetrachtung eine wichtige Kennzahl, da der Ausbau strategischer Geschäftsfelder nur sinnvoll ist, wenn diese auch (für ein öffentliches Krankenhaus mit Versorgungsauftrag einigermaßen) wirtschaftlich profitabel sind.

2.7.1.2. Engpässe

Bei der Betrachtung der Positionierung der strategischen Geschäftsfelder müssen für das Krankenhaus wesentliche Engpässe berücksichtigt werden. Neben medizinischen Großgeräten ist das Fachpersonal ein Unsicherheitsfaktor der Zukunft. Der vorhergesagte Fachärzte- und Pflegekräftemangel muss bei den strategischen Entscheidungen mitberücksichtigt werden. Das Dienstleistungsunternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) prognostiziert, dass in Deutschland bis zum Jahr 2030 etwa 950 000 Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen¹¹⁵. Davon sind 165 400 Ärzte. Damit die Zukunft der Gesundheitsversorgung gesichert ist, werden Kooperationen verschiedener Vereinigungen in Deutschland eingegangen. Durch Zuwanderungen mit Abwerbepremien versucht die Bundesrepublik, etwa 300 000 Stellen besetzen zu können. Dieser Engpass des Fachkräftemangels mit einem zunehmenden Konkurrenzkampf mit Abwerbestrategien muss bei der Strategieplanung bedacht werden.

2.7.1.3. Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung ist zukunftsweisend für das Nachfrageverhalten der Patienten im Gesundheitswesen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, der besseren Ernährung und des höheren Lebensstandards werden die Menschen immer älter. Hält der aktuelle Trend an, wird nach Schätzungen der Statistik Austria im Jahr 2030 der Bevölkerungsstand auf 9 Millionen Einwohner steigen, wobei die Anzahl der über 60-Jährigen von 23 % auf über 30 % der Bevölkerung steigen wird¹¹⁶.

Jahr	Altersgruppen		
	0 bis 14 Jahre	15 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
2004	16,2 %	61,9 %	21,9 %
2015	14,1 %	61,3 %	24,6 %
2030	13,2 %	54,7 %	32,1 %

Abbildung 14: Altersstruktur¹¹⁷

¹¹⁵ Vgl. Osterloh, F. (2010), S. 2148

¹¹⁶ Vgl. o. V. (2010)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index4 (17.10.2010)

¹¹⁷ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005), S. 14

Eine Veränderung der Krankheitsbilder und damit eine Veränderung der Leistungsnachfrage wird Auswirkungen auf das Leistungsportfolio haben. Mit der älter werdenden Bevölkerung wird es auch eine relative Zunahme von chronischen Erkrankungen geben¹¹⁸. Dieses altersbedingte chronische Leiden wird in einem Anstieg der medizinischen, aber insbesondere der pflegerischen Leistung explodieren. Bei einer Expertenumfrage, die die Berliner Charite im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VFA) erstellt hat, gilt Diabetes mit Übergewicht als die häufigste zu erwartende Krankheit der Zukunft.

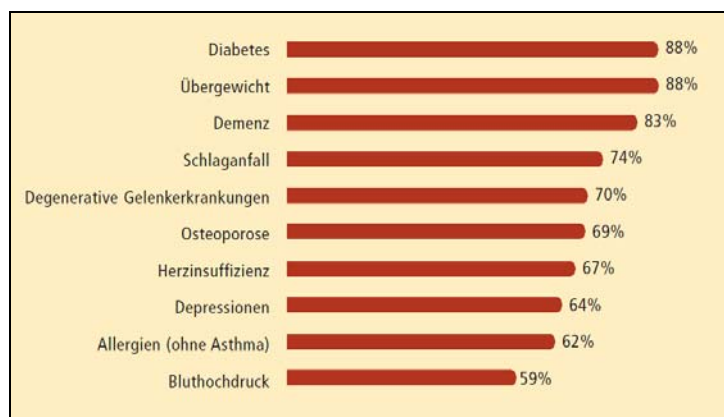


Abbildung 15: Krankheiten der Zukunft¹¹⁹

„Setzt sich der aktuelle Trend der steigenden Lebenserwartung fort, dann werden künftig immer mehr Personen ein substantielles Risiko haben, von Erkrankungen wie Schlaganfall, degenerativen Gelenkerkrankungen oder Osteoporose betroffen zu sein“¹²⁰.

Die „Krankheiten der Zukunft“ werden im Leistungsangebot der Krankenanstalten Berücksichtigung finden müssen. Die Ausrichtung der Geschäftsfelder muss dieser Entwicklung angepasst werden

¹¹⁸ Vgl. Brückner, H. (2005), S. 4

¹¹⁹ Quelle: o.V. (2005), <http://www.vfa.de/download/pm-023-2005-folienvortrag-mit-charts.pdf> (11.01.2011)

¹²⁰ Götte, D. (2005), S. 2

2.7.1.4. Sozioökonomische Entwicklung

Neben der demographischen Entwicklung repräsentiert die sozioökonomische Entwicklung einen Einflussfaktor für das Gesundheitswesen.

2.7.1.5. Medizinische Entwicklung

Der medizinische Fortschritt ist eine weitere wichtige Größe, die das Krankenhaus prägt. Neue medizinische Behandlungsverfahren können wesentliche Konsequenzen für das Leistungsangebot haben. Diese Änderungen müssen ständig beobachtet werden, um langfristig die beste Medizin anbieten zu können.

Die Patienten werden in Zukunft die Dienstleistung derjenigen Krankenhäuser nachfragen, die sich auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung befinden und somit die bestmögliche Medizin anbieten. Die Vergleichbarkeit der angebotenen Leistung wird durch das Werbeauftreten in den Printmedien und im Internet immer vergleichbarer.

Die medizinische Entwicklung hat auch einen wesentlichen Einfluss auf die langfristige Planung einer Krankenanstalt. Das Leistungsportfolio muss den Gegebenheiten sowie der Nachfrage der Leistung angepasst werden.

2.7.1.6. Vorgaben und Beschränkungen für fondfinanzierte Krankenanstalten

Für allgemeine öffentliche Krankenanstalten besteht für die Anpassung des Leistungsangebotes kein freier Handlungsspielraum. Es gibt Leistungen, die aufgrund des allgemeinen Versorgungsauftrags angeboten werden müssen, obwohl sie aus ökonomischer Sichtweise nicht angeboten werden dürften. Für das Leistungsangebot gibt es eine Beschränkung durch Mindestfallzahlen, die erreicht werden müssen.

Gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes hat das Bundesministerium für Gesundheit zur Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen einen Österreichischen Strukturplan für Gesundheit (ÖSG 2008) herausgegeben, der die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen regelt. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung und beinhaltet gleichzeitig die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene. Die regionalen Strukturpläne für Gesundheit (RSG) werden auf Ebene der Bundesländer konzipiert. Der Strukturplan ist primär auf die Akutversorgung ausgerichtet. Wegen des Strukturplans kann das Leistungsprogramm nicht beliebig verändert werden, da gewisse Leistungen vorhanden sein müssen.

Eine Zielvorstellung des Strukturplans ist eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung. Deshalb besitzt das Krankenhaus bei der Basis und Notfallversorgung wenig Handlungsspielraum, da Wegzeiten und Mindestbettenanzahlen vorgeschrieben sind. Abweichend von der Mindestbettenanzahl der ÖRG sind im SRG nur wenige Betten angeführt. Für die Fachabteilungen bestehen Vorgaben gemäß dem Österreichischen Strukturplan für die Anzahl der Betten je Fachabteilung.

2.7.2. Ansätze der Portfolioanalyse für das Krankenhaus

Die bekanntesten Ansätze der Portfolioanalyse sind das Marktanteils-Marktwachstums-Portfolio der Boston Consulting-Group (BCG Matrix) und das Wettbewerbsvorteil-Marktattraktivitätsportfolio von McKinsey¹²¹.

Die Grundtheorie der Portfolioanalyse besteht darin, dass verschiedene Analyseobjekte in einer zweidimensionalen Matrix anhand von verschiedenen Faktoren gegenübergestellt werden. Während der Portfolioansatz der Boston Consulting-Group lediglich die Dimension des Marktwachstums und des Marktanteils berücksichtigt, wird beim Ansatz von McKinsey ein Einflussfaktorenbündel zu den Dimensionen des Wettbewerbsvorteils und der Marktattraktivität zusammengefasst. Bei der Portfolioanalyse wird zuerst ein Ist-Portfolio erstellt und anschließend ein Ziel-Portfolio definiert.

Die Dokumentation erfolgt in einer 4-Felder-Matrix bei der Boston Consulting-Group und einer 9-Felder-Matrix bei McKinsey.

Der zunehmende Wettbewerb für Krankenanstalten in Verbindung mit den Sparmaßnahmen der Bundesregierung sorgt dafür, dass öffentliche Krankenanstalten trotz gedecktem Budget mit der Betriebsabgangsdeckung ökonomischer handeln müssen. Aufgrund der festgelegten Leistungserlöse kann das Jahresergebnis nur durch Einsparungen oder Konzentration auf Leistungen mit hohem Deckungsbeitrag verbessert werden. Deshalb setzen auch die Krankenanstalten auf die Portfolioanalyse, die aber für die Anwendung für das Krankenhaus angepasst werden muss. Eine Alternative zu den Standardansätzen schafft ein Individualmodell, wobei die Einflussgrößen individuell bestimmt werden.¹²²

Auch wenn es viele Vorgaben und Beschränkungen für das Leistungsangebot der Krankenanstalten gibt, muss das Management dennoch ein Portfoliomanagement betreiben. Gerade wegen des demographischen Wandels wird eine Änderung des Leistungsangebots unumgänglich sein.

¹²¹ Vgl. Meffert, H. (2009), S. 131

¹²² Vg. Bienert, M. (2009), S. 138

3. Schlussfolgerungen

3.1. Ergebnis

Die Bedeutung von Marketing im österreichischen Gesundheitswesen, vor allem für öffentliche Spitäler, erlangt derzeit noch nicht das gleiche Ausmaß, wie in wirtschaftlich geführten Unternehmen. Einzelne Ansätze, wie die Patientenzufriedenheitsermittlung, werden dennoch von fast allen Krankenanstalten praktiziert. Im Wandel des Gesundheitssystems werden sich aber alle Krankenanstalten mit den Instrumenten des Krankenhausmarketings beschäftigen müssen.

Im Bereich der Patientenzufriedenheitsermittlung wurden Abweichungen zu den modernen Ermittlungsmethoden vergleichbarer Institutionen identifiziert. Hierbei ist insbesondere der Wandel von der zufriedenheitsorientierten Messung in Richtung der ereignisorientierten Messverfahren festzustellen. Mit dieser Änderung des Messverfahrens werden die Zweifel der Kritiker in Bezug auf die Validität der Messergebnisse befriedigt. In Bezug auf die Frageinhalte und den Befragungszeitpunkt sind ebenso Abweichungen erkennbar geworden.

Die Umweltanalyse ist ein wichtiges Marketinginstrument, um Information über die Marktteilnehmer zu gewinnen. Diese wird in Ansätzen, wie beispielsweise der Patientenstromanalyse, bereits praktiziert. Für die systematische Anwendung einer umfassenden Umweltanalyse wurden in dieser Arbeit einige theoretische Aspekte thematisiert.

Die Ansätze des Portfoliomanagements sind für die Anwendung auf ein Krankenhaus schwierig, aber dennoch nicht unmöglich. Wie in Produktionsbetrieben kann auch das Leistungsspektrum eines Krankenhauses in strategischen Geschäftseinheiten eingeteilt werden. Für die Ausrichtung der Geschäftseinheiten müssen neben verschiedenen gesetzlichen Vorgaben zusätzlich auch moralische und ethische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

3.2. Maßnahmen

Das Krankenhaus Vöcklabruck hat einen Patientenfragebogen für die Ermittlung der Patientenzufriedenheit eingeführt. Auf Grundlage dieses Fragebogens ist eine Anpassung an neue Erkenntnisse der Zufriedenheitsermittlung ratsam. Für diese Umsetzung erscheint ein gezieltes krankenhausesinternes Projekt empfehlenswert.

Die ganzheitlichen Methoden der Umweltanalyse und der Portfoliotheorie sind für öffentliche Krankenanstalten noch wenig verbreitet. Für die Generierung von Konkurrenzvorteilen ist ein strukturierter Aufbau dieser Thematik für die Zukunft von großer Bedeutung.

3.3. Konsequenzen

Die Durchführung der Maßnahmen, die als Konsequenz dieser Arbeit abgeleitet werden können, obliegt der Leitung des Krankenhauses Vöcklabruck.

Literaturverzeichnis

Bücher:

- Albrecht, M./Topfer, A.** (2006): Erfolgreiches Changenmanagement im Krankenhaus:15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken, 1. Auflage, Heidelberg 2006
- Bagusat, A.** (2006): Kundenbindungsstrategien für Business-to-Consumer-Märkte: Theoretische Entwicklung und empirische Überprüfung eines methodischen Ansatzes, 1. Auflage, Wiesbaden 2006
- Bienert, M.** (2009): Betriebswirtschaftslehre für Leitende Ärzte, Auflage 2009, Heidelberg 2009
- Elste, F.** (2004): Marketing und Werbung in der Medizin: Erfolgreiche Strategien für Praxis, Klinik und Krankenhaus, 1. Auflage, Wien 2004
- Ennker, J./Pietrowski, D.** (2009): Krankenhausmarketing: Ein Wegweiser aus Ärztlicher Perspektive, 1. Auflage, Lahr 2008
- Greiling, M./Muszynski, T.** (2008): Strategisches Management im Krankenhaus, 2. Auflage, Stuttgart 2008
- Görtler, E./Rosenkranz, D.** (2006): Mitarbeiter- und Kundenbefragung: Methoden und praktische Umsetzung, 1. Auflage, München, Wien 2006
- Homburg, C./Krohmer, H.** (2009): Marketingmanagement: Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung, 3. Auflage, Wiesbaden 2009
- Klauber, J./Robra, B./Schnellschmidt, H.** (2007): Krankenhaus-Report 2005: Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch, 1. Auflage, Stuttgart 2007
- Klauber, J./Robra, B./Schellschmidt, H.** (2009): Krankenhaus-Report 2008/2009: Schwerpunkt: Versorgungszentren, 1. Auflage, Stuttgart 2009
- Kreyher, V.** (2001): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing, 1.Auflage, Heidelberg 2001
- Kuble, A.** (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe, 2. Auflage, Stuttgart 2009
- Lehner, K.** (2008): 10 Jahre Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich, 1. Auflage, Wien 2008
- Lüthy, A./Buchmann, U.** (2009): Marketing als Strategie im Krankenhaus: Patienten- und Kundenorientierung, 1. Auflage, Stuttgart 2009
- Mayer, A.** (2005): Marktorientierung im Krankenhaus der Zukunft, 1. Auflage, Kulmbach 2005
- Meffert, H./Bruhn, M.** (2009): Dienstleistungsmarketing: Grundlagen – Konzepte – Methoden, 6. Auflage, Wiesbaden 2009

Papenhoff, M./Platzköstler, C. (2010): Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken, 1. Auflage, Heidelberg 2010

Vollert, K. (2006): Marketing: Eine Einführung in die marktorientierte Unternehmensführung, 1. Auflage, Bayreuth 2006

Zapp, W./Oswald, J. (2009): Controllinginstrumente für Krankenhäuser, 1. Auflage, Stuttgart 2009

Zeitschriften, Internetquellen, Zeitungsartikel u.ä.:

Andree Consult (Hrsg.) (2009): Strategische Zielplanung: Leitfaden für Krankenhäuser, 2. Auflage, Früngt 2009

Baumann, B. (2010): Heilsame Partnerschaft, in: Forum Gesundheit, Ausgabe 3/2010, S. 4-7

Bestmann, B./Verheyen, F. (2010): Patientenzufriedenheit: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Hamburg 2010

Blum et al (2001): Patientenbefragung im Qualitätsmanagement: Eine Einführung in die Thematik, in: Satzinger, W./Trojan, A./Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.): Patientenbefragung in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, St. Augustin 2001, S. 25-39

Brock et al (2010): Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung, in: Qualitas: Zeitschrift für Qualität und Entwicklung im Gesundheitswesen, Ausgabe 1/2010, S.14-16

Brinkmann, A./Jung, J./Pfaff, H (2007): Gesundheitsmonitor 2007: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh 2007

Bruckner, H. (2009): Initialprüfung – Umsetzung der Oö. Spitalsreform – Bericht, Linz 2009

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.) (2008): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF - Änderungen und Neuerungen im Modell 2009, Wien 2008

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich, 4. Auflage, Wien 2005

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (o.J.): Instrumente: Fragebogen für Patienten und Patientinnen (PAO 58)

Götte, D. (2005): Experten-Umfrage: Krankheiten der Zukunft und Fortschritte der Medizin, Berlin 2005

Hall et al (1994): Satisfaction, gender, and communication in medical visits, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7967860> (Abfrage: 12.10.2010)

Kane et al (1997), The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9219498?dopt=Abstract> (Abfrage: 12.10.2010)

Mauch, C. (2010): Wie Patienten ihren Arzt wählen, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 2/2010, S. 22-25

Kärntner Krankenanstaltenfonds (Hrsg.) (2001): Outcome: Ein Projekt im Auftrag der Geschäftsstelle des Kärntner Krankenanstaltenfonds, Klagenfurt 2001

Osterloh, F. (2010): Ärztemangel: Ohne Ärzte geht es nicht, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 44/2010, S. 2148-2150

Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.): Geschäftsbericht 2005

Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.): gespag- Qualitätsbericht 2008 und 2009

Oö. Gesundheits- und Spitals AG (Hrsg.) (o.J.): Patientenfragebogen: Eine Initiative der gespag zur verbesserten Patientenversorgung

o. V. (2008): proCum Cert/KTQ – Qualitätsbericht

o. V. (2008): Qualitätstransparenz im Krankenhaus: TK-Krankenhausbefragung 2008 – Methodik

o. V. (2010): Gesundheitsausgaben in Österreich, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (Abfrage: 16.11.2010)

o. V. (2010): Bevölkerungsprognosen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index4 (Abfrage: 17.10.2010)

o. V. (2010): Verkehr, http://www.statistik.at/web_de/services/wirtschaftsatlas_oesterreich/verkehr/index.html (Abfrage: 17.12.2010)

o. V. (2010): Krankenhäuser: Eine neue Dimension des Wettbewerbs, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=67630> (Abfrage: 17.10.2010)

o. V. (2008): Die EU schickt Patienten auf Reisen, <http://www.handelsblatt.com/politik/international/eu-schickt-patienten-auf-reisen/2984014.html> (Abfrage: 17.11.2010)

o. V. (2009): Allgemeines und Begriffsbestimmung, <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/kernaussagen/gesundheitswesen/allgemeine-s-und-begriffsbestimmung.html> (Abfrage: 15.11.2010)

o. V. (2010): Patientenbefragung: Fragebögen, <http://www.pickerinstitut.de/index.php?aid=10-5> (Abfrage: 22.11.2010)

o. V. (2005): Das Krankheitsspektrum der Zukunft: Expertenumfrage unter 100 führenden deutschen Forschern, <http://www.vfa.de/download/pm-023-2005-folienvortrag-mit-charts.pdf> (Abfrage: 11.01.2011)

o. V. (2010): Pendeln in Niederösterreich, <http://noe.arbeiterkammer.at/online/pendeln-in-niederoesterreich-55181.html> (Abfrage: 17.12.2010)

o. V. (2010): Krankenhaus, <http://www.aok-gesundheitsnavi.de/krankenhaus.15.de.html> (Abfrage: 17.10.2010)

o. V. (2010): Was können unsere Spitäler?, <http://www.spitalskompass.at> (Abfrage: 08.12.2010)

Picker Institut Deutschland (Hrsg.) (2009): Patienten-Fragebogen Stationäre Behandlung

Ruprecht, T. (o.J.): Taugt die Patientenzufriedenheit als Qualitätsmaßstab?, Picker Institute Europe

Sizmur, S./Redding, D. (2009): Core domains for measuring inpatients experience of care, Oxford 2009

Sobhani, B./ Kersting, T. (2009): Wer Rosinen picken will, muss Wein anbauen, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 1/2009, S. 1-5

Spielberg, P. (2010): Fragwürdiges Finanzgebaren, in: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 46/2010, S. 2278-2280

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2007): Techniker Krankenkasse: Krankenhaus-Patientenbefragung 2006: Deutsches Herzzentrum Berlin

Wolfram, G. (2006): Beschwerdeverhalten von Patienten in deutschen Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, Ausgabe 12/2006, S.1139-1141

Wüthrich-Schneider, E. (2010): Patientenzufriedenheit – Wie verstehen?, in: Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 21/2000, S. 1046-1048

Wüthrich-Schneider, E. (2010): Patientenzufriedenheit – Wie messen?, in: Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 21/2000, S. 1116-1119

Gesetze:

Krankenanstaltengesetzes – KAG 1956, in der Fassung vom 7. Jänner 1957

Krankenanstaltengesetzes – KAG 1993, in der Fassung vom 26. November 1993

BGH Urteil vom 16. Januar 2008 (Az.: KVR 26/07)

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Vöcklabruck, 7. März 2011
